Münster.1929 № 12 Med Diss.

Ueber Fehldiagnosen bei encephalitischem Parkinsonismus.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde, vorgelegt der hohen medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster in Westfalen

von

ERNST WIENOLD
aus Gelsenkirchen.

1 * 9 * 2 * 8

Gedruckt in der Werkdruckerei Chr. Janzon in Gelsenkirchen

Dekan: Professor Dr. Coenen
Referent: Professor Dr. Kehrer

Gedruckt mit Genehmigung der mediziniſchen Fakultät
der Weſtfäliſchen Wilhelms-Univerſität Münſter (Weſtf.)

Ueber Fehldiagnosen bei encephalitischem Parkinsonismus.

Fehldiagnoſen ſind gewiß nichts Seltenes. Auch dem Erfahrenſten werden ſie ſelbst auf ſeinem ureigenſten Spezialgebiet hin und wieder bei aller Sorgfalt unterlaufen. Trotz allen uns durch die moderne Forſchung neu vermittelten Kenntniſſen iſt unſer Wiſſen über das phyſiologiſche und pathologiſche Geſchehen auf vielen Gebieten eben noch recht lückenhaft, und nur derjenige, der nicht in der Lage iſt, all die Schwierigkeiten, die ſich der Diagnoſefindung trotz aller durch die fortgeſchrittene Technik neugeſchaffenen diagnotiſchen Hilfsmitteln entgegenſtellen, wird ſich über Fehldiagnoſen verwundern. Es ſei dabei ganz abgeſehen von Fehldiagnoſen, die auf mangelhaftem, mediziniſchem Wiſſen und Können beruhen, oder die bedingt ſind, durch Schwierigkeiten, wie ſie ſich zum Beiſpiel dem überlaſteten praktiſchen Arzt, ſei es in der Großſtadt oder in einer weitverzweigten Landpraxis infolge äußerer ungünſtiger Verhältniſſe bei der Unterſuchung entgegenſtellen.

Beachtenswert werden jedoch meines Erachtens ſolche Fehldiagnoſen, bei denen es ſich immer wieder um Verkennung ein und desſelben beſtimmten Krankheitsbildes handelt und insbeſondere dann, wenn es ſich dabei nicht um die Diagnoſe irgendeines einzelnen Arztes auf Grund einer einmaligen, vielleicht oberflächlichen Unterſuchung handelt, ſondern wenn es Fälle betrifft, die von einer ganzen Reihe von Aerzten, unter anderem darunter auch von Fachärzten, unabhängig von einander und häufig eine längere Zeit hindurch beobachtet und unterſucht und trotzdem verkannt worden ſind. Etwas derartiges trifft offenbar zu bei den chroniſchen Zuſtandsbildern der epidemiſchen Encephalitis.

In ſeiner Abhandlung „Dienſtbeſchädigungs-Frage und epidemiſche Encephalitis" führt Felix Stern aus, daß es von kliniſchem Intereſſe ſei, daß die epidemiſche Encephalitis größtenteils, ſei es im Anfang, ſei es ſelbſt im weiteren Verlauf diagnotiſch völlig verkannt und teils als Hyſterie, teils als Katatonie, aber auch als multiple Skleroſe, Neuroſe nach Malaria, Meningitis, Bulbärparalyſe diagnoſtiziert worden war. Von 26 Fällen, in denen in dieſem Fall die Dienſtbeſchädigungsfrage zur Erörterung ſtand, ſei eine ſolche Fehldiagnoſe in nicht weniger als 15 Fällen geſtellt worden, meiſt nicht nur im Anfang, ſondern zum Teil ſelbſt von Fachärzten, bis die Kranken zur kliniſchen Beobachtung kamen. Bei der Bedeutung der Diagnoſe bezw. der Fehldiagnoſe für die Behandlung und die Beurteilung einer Krankheit dürfte eine Zuſammenſtellung bezw. erneute Veröffentlichung einſchlägiger Beobachtungen über derartige Fehldiagnoſen vielleicht alſo wohl eine gewiſſe Berechtigung haben.

Für die vorliegende Arbeit ſind mir eine Reihe von Fällen von Herrn Profeſſor Dr. Kehrer, Münſter aus eigenem Material zuvorkommender Weiſe zur Verfügung geſtellt worden. Einige weitere Fälle ſind mir in meiner Tätigkeit als Verſorgungsarzt bekannt geworden. Zunächſt möchte ich jedoch kurz zwei hierher gehörende Fälle erwähnen, die Felix Stern unter anderem in ſeiner oben erwähnten Abhandlung aus der Göttinger Klinik mitteilt.

Fall 1:

S., geſunder Mensch ohne neurotische Antecedentien. Im Jahre 1917 im Prieſterwald an Fieber, Schlafſucht, Ptoſis, Doppelſehen erkrankt. Keine Erholung von der Erkrankung. Während die akuten Erſcheinungen zurückgingen, blieb eine allgemeine Kränklichkeit zurück, der ſich allmählich Zittern und Steifigkeit anſchloß. Acht Gutachter, darunter Fachärzte, nahmen hyſteriſches Zittern an, bis S. im Jahre 1923 zur Beobachtung in die Göttinger Klinik kommt. Hier zeigt ſich typiſcher Parkinsonismus mit Aspontanität, Rigidität, Ruhezittern, Salbengeſicht, Bradyphrenie.

Fall 2:

F.. 1888 geboren, Lokomotivheizer. Nach der Anamneſe konſtitutioneller Pſychopath. Ein Bruder hat Selbſtmord begangen, eine Schweſter iſt an Veitstanz geſtorben. Hat

ſelbſt angeblich in der Lehrzeit ſchon Schwindelanfälle bekommen. Im Anſchluß an eine „Verſchüttung" im Felde beſtand vorübergehend Sprachlähmung und andere, wahrſcheinlich rein pſychogene Störungen. Im April 1920 wird Antrag auf Verſorgung geſtellt mit der Behauptung, ſich im Felde durch Anſtrengungen und Aufregungen eine Nervenſchwäche zugezogen zu haben. F. wird dann von den verſchiedenſten Aerzten, dabei mehrfach von Fachärzten, unterſucht. Aus der Anamnese ergibt ſich außer dem bereits erwähnten, daß F. nach der Entlaſſung aus dem Heeresdienſt im Februar 1919 an Hinterkopfſchmerzen akut erkrankte, zunächſt weiter arbeitete, dann aber, angeblich nach einer Aufregung an hohem Fieber mit Delirien und vorübergehenden Sehſtörungen litt. Dann ſah F. alles verſchwommen und doppelt. Im Anſchluß hieran blieb eine ſtarke Unruhe im ganzen Körper mit ſtarkem Mattigkeitsgefühl und Speichelfluß zurück. Von einem Nervenarzt wurde er mit Elektriſieren behandelt. Bei einer ärztlichen Unterſuchung im Jahre 1919 zeigte F. bereits maskenhaften Geſichtsausdruck, eigentümlich ſteife Körperhaltung, vorſichtige Bewegungen, zeitweiligen Speichelfluß, tickartige Zuckungen und Vibrieren der Oberlippe. Die Diagnoſe wird auf Hyſterie geſtellt. Erwerbsminderung unter 10 vom Hundert. Am 1. Mai 1920 wird F. mit der Diagnoſe Hyſterie in ein Lazarett aufgenommen. Er klagte über Doppelbilder und Aufgeregtheit und zeigte bei der Unterſuchung zeitweiliges Zucken der Oberlippe. Ein Gutachten vom 30. September 1920 führt wieder aus, daß F. an hyſteriſchen Krankheitserſcheinung leide, die durch die Strapazen und Anſtrengungen des Krieges ungünſtig beeinflußt ſeien. Die Erwerbsminderung wird auf 20 vom Hundert geſchätzt. Im Oktober 1920 wird die Diagnoſe auf angeborene Unterwertigkeit der Nerven (Pychopathie) und Nervenerſchöpfung geſtellt. Im Juli 1921 ſtellt ein Nervenarzt ſtändigen Speichelfluß, Schielstellung der Augen, ſehr geringe Pupillenreaktion, feinſchlägiges Zittern des rechten Armes, Steifhaltung der rechten Hand und der rechten Finger feſt. Er ſtellt danach die Diagnoſe auf conſtitutionelle Pſychopathie und empfiehlt eine energiſche Behandlung in einer geſchloſſenen Anſtalt. Erſt am 21. September 1921 ſtellt ein anderer Nervenarzt die Diagnoſe auf eine organische Gehirnerkrankung, und erſt von einem dritten Nervenarzt wird dann die richtige Diagnoſe E n c e p h a l i t i s Ende September 1921 geſtellt. Es beſtanden damals ganz typiſche Erſcheinungen, wie nach vorn geneigte Körperhaltung, Beuge-

ſtellung der Arme, Pupillenträgheit, ſtarke Rigidität der Hals- und Rückenmuskulatur, dauernde myokloniſche Zuckungen der Oberlippenmuskulatur, ſtarrer Geſichtsausdruck, dauernder Speichelfluß, Strabismus infolge von Augenmuskel-Lähmungen, Bradykineſe uſw.

Die nun folgenden zwei weiteren Fälle kamen in der Münſteriſchen Nervenklinik zur Beobachtung.

Fall 3:

B. W., 1892 geboren, Händler, wurde 1916 durch Granatſplitter am rechten Oberarm und der rechten Hand verwundet. Der Arm mußte in der Folgezeit abgeſetzt werden. Es wurde ihm deswegen eine Rente von 70 vom Hundert zugebilligt. Zur Vorgeſchichte wurde auf Befragen ferner angegeben, daß er eigentlich nie ernſtlich krank geweſen ſei, nur habe er im Winter 1915/16 im Felde an einer Grippe gelitten, er habe 14 Tage im Revier mit Fieber, Kopfſchmerzen, Mattigkeit und Schnupfen krank gelegen. In den letzten Jahren ſei er auch öfter erkältet geweſen. Es ſei aber niemals beſonders ſchlimm geweſen und er habe nie zu Bett gelegen. Kann auch über dieſe Erkältungen keine näheren Angaben mehr machen. Nach dem Kriege war er zunächſt in der Landwirtſchaft tätig. Da er aber mit dem einen Arm ſich hier nur ſchlecht helfen konnte, fing er einen Eier- und Butterhandel an. Zuerſt habe es ganz gut gegangen. Seit $1^1/_2$ Jahren gehe es ihm aber immer ſchlechter und er könne jetzt garnichts mehr leiſten. Er könne nämlich mit dem rechten Bein nicht mehr ordentlich gehen, auch könne er ſeine Kiepe nicht mehr tragen, weil die Schulter kraftlos geworden ſei. Seine Bewegungen ſeien ſeit der ſelben Zeit immer langſamer geworden. Das Gedächtnis habe nachgelaſſen. Habe ſich von jeher müde gefühlt, nach dem Kriege ſei dies aber immer ſtärker geworden. Sprachveränderungen ſind ihm nicht aufgefallen. Sehen und Hören iſt gut geblieben. Hat niemals Doppelſehen gehabt, auch nie Speichelfuß oder beſondere Trockenheit im Mund. Der Schlaf iſt gut und war es auch immer. Verwirrtheitszuſtände und Magen-Darmſtörungen ſollen nie beſtanden haben. Im Dezember 1925 ſtellte er wegen der oben angegebenen Beſchwerden einen Antrag auf Erhöhung der Rente.

In einem ärztlichen Atteſt des beamteten Arztes eines Bezirksfürſorgeverbandes iſt angegeben, daß W. ſeit dem Jahre 1924 an einem allmählich zunehmenden Schwächegefühl in

der rechten Schulter und des ganzen rechten Beines ſowie an Kältegefühl im rechten Bein gelitten habe, und daß ihm hierdurch das Gehen und das Tragen von Laſten auf der rechten Schulter ſehr erſchwert werde. Einen objektiven Befund, der die Beſchwerden erklärte, konnte der Arzt nicht erheben, doch nahm er einen urſächlichen Zuſammenhang der Beſchwerden mit den Einwirkungen des Feldzuges an.

Am 19. 2. 1926 wurde W. verſorgungsärztlich begutachtet. Es wurde eine hyſteriſche Lähmung angenommen. Aus dem Befund iſt hervorzuheben: „Gedrückte Stimmung. Beim Gehen wird das rechte Bein wie gelähmt nachgeſchleift, im Hüft- und Fußgelenk werden aktive Bewegungen gar nicht ausgeführt, im Kniegelenk nur in geringem Maße. Auch Schulterbewegungen können angeblich nicht ausgeführt werden. Beinmuskulatur beiderſeits gleich kräftig. Knieſehnenreflex vorhanden, aber rechts weniger lebhaft als links. Beim Sitzen grobſchlägiges Zittern des rechten Beines".

Am 12. 3. 1926 wurde W. fachärztlich unterſucht. Es wurde eine funktionelle Schwäche des rechten Beines auf hyſteriſcher Baſis angenommen. Dienſtbeſchädigung wurde abgelehnt. Sein Rentenantrag wurde daraufhin abgewieſen.

Auf die dagegen eingelegte Berufung wurde W. der Münſteriſchen Klinik zur Begutachtung überwieſen. Hier fand ſich, abgeſehen von den Kriegsfolgen (Verluſt des rechten Armes) und einer Schlagaderverkalkung mäßigen Grades das typiſche Bild des Parkinsonismus bei epidemiſcher Encephalitis. Die Fettabſonderung im Geſicht war erhöht, die Lidſpalten waren ungleich, der Lidſchlag zeitweilig ſelten. Der Mund wurde ungleich geöffnet und bei Bewegungen der Geſichtsmusuklatur, die beſonders in der Stirn zu langſam erfolgten, zeigte ſich ein feines Vibrieren. Der Geſichtsausdruck war unbelebt und müde. Die Zunge wurde nur langſam und zitternd ausgeſtreckt. Die Sprache war verlangſamt, zäh und matt. Die an ſich lebhaften Sehnenreflexe waren am rechten Bein ſchwächer. Im rechten Bein beſtand bei paſſiven Bewegungen eine Rigidität, am rechten Fuß das ſogenannte paradoxe Phänomen. Die Haltung des rechten Beines bezw. Fußes war nicht die gleiche, wie die des linken. Außerdem war ſeine Beweglichkeit verringert und verlangſamt. Beſonders zeigte ſich letzteres beim Gehen. Deutlich war dabei auch die nach vorn geneigte Haltung des Oberkörpers und die Neigung, nach vorn oder hinten zu ſchießen, zu erkennen. Auffallend war dann noch ein gelegentlicher tiefer Atemzug,

der auf eine durch das Hirnleiden bedingte Störung des Atmungsorganismus ſchließen ließ. Am linken Bein beſtand ein Zittern, ein gleiches auch in der Muskulatur des rechten Armſtumpfes. Letzteres war anſcheinend nicht die Folge der Gehirnerkrankung, da es auch ſonſt häufig in Amputationsſtümpfen anzutreffen ist. Es beſtand eine durchaus deutliche Armut an allgemeinen Bewegungen und in ſeeliſcher Beziehung eine Verlangſamung des Denkvorganges.

Im Fall 4

handelt es ſich um einen 51-jährigen Kaufmann P. M. Die Familienanamnese ergibt nichts Beſonderes. Iſt seit 1913 verheiratet. Die Ehe blieb kinderlos. Erkrankte im 36. Lebensjahr an Scharlach und war deswegen 6 Wochen bettlägerig. Bis zum Anfang der Vierziger Jahre litt er durchſchnittlich zweimal im Jahr an Halsentzündung. Ueber voraufgegangene Grippeerkrankungen werden ſichere Angaben nicht gemacht. Auf genaues Befragen wird jedoch mitgeteilt, daß im Jahre 1923 8 bis 10 Tage Darmkrankheit, Durchfall und Fieber beſtanden hat.

Vor ungefähr 3 Jahren machte ſich bei ihm ohne jede äußere Veranlaſſung eine leichte Verſteifung des rechten Armes bemerkbar, welche mit der Zeit immer ſtärker wurde und allmählich auch auf das rechte Bein überging, ohne daß dabei irgendwelche Schmerzen auftraten. Im Verlauf des letzten Jahres hat die Erſchlaffung derart zugenommen, daß vollſtändige Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist. Die Schreibfähigkeit ist vollſtändig geſchwunden, der rechte Arm iſt verſteift und das rechte Bein muß nachgezogen werden. Schnelles Laufen und Treppensteigen fällt ihm ſchwerer, als langſames Gehen auf ebener Erde. Seit einiger Zeit treten auch Schmerzen im Rücken zu beiden Seiten der Hüften auf. Es beſteht eine Unſicherheit in den Bewegungen und eine Neigung, nach rechts zu gehen, welche im Laufe des Tages immer ſtärker in die Erſcheinung tritt. Vorwiegend beim Liegen tritt ein blitzartiges Sauſen im Kopf und ein Rieſeln, das durch den ganzen Körper läuft, auf. Im Ruhezuſtand macht ſich ein bleiſchweres Gefühl in der rechten Hand bemerkbar, das ſich auch zeitweiſe in der linken zeigt.

Schlaf und Appetit iſt gut. Die bisher angeſtellten Unterſuchungen der Augen, des Blutes und des Urins waren negativ. Die angeordneten Fichtennadel-Bäder, Maſſieren, Elektriſieren und das verordnete Jod blieben wirkungslos. Die bisher konſultierten Aerzte waren über den Charakter

des Leidens verſchiedener Anſicht. Ein Arzt äußerte ſich dahin, daß es ſich um einen außergewöhnlichen Fall handele, der aus dem Rahmen der bisherigen Krankheitserſcheinungen herausgehe. Ein anderer vermutete eine Geſchwulſt im Kopf, die auf eine beſtimmte Stelle drücke und dadurch die Hemmungen hervorrufe. Ein dritter Arzt führte die Erſcheinungen auf ſeeliſche Störungen zurück. Ein vierter Arzt kam dann dem Weſen der Erkrankung nahe und bezeichnete die Erſcheinungen als Folge von Veränderungen im Zellengewebe des Gehirns, welche vornehmlich nach Grippe auftreten.

Der Befund in der Kehrer'ſchen Klinik ergab: Fettglanz im Geſicht, Dermographie, Neigung zur Hautröte. Hypertonie, und zwar im rechten Arm ſtärker als im rechten Bein. Dorſalflexion der Zehen, rechts stärker als links. Andeutung von Tremor bei beſtimmter Haltung der Finger. Neigung zu Pfötchenſpreizſtellung. Facialis rechts erheblich ſchwächer als links. Rigor, Bradypnoe. Läuft lieber, als daß er geht. Gelegentliche Mikrographie. Pſeudo-Babinski: Beiderſeits Tendenz der Großzehe zur Dorſalflexion, links erheblich ſtärker als rechts noch eher bei Mitbewegungen wie auf Beſtreichen; manchmal dabei Fächerſtellung der Zehen 2 – 5. Gelegentlich Nyſtagmuseinſtellungen. Die ſerologiſche Unterſuchung des Liquors nach Waſſermann und Sachs-Georgi fiel negativ aus.

Die Klinik ſtellte auf Grund des Befundes die Diagnoſe „epidemiſche Encephalitis."

Die nun folgenden zwei Fälle lernte ich als Verſorgungsarzt kennen.

Fall 5:

A. Sch., 5. 9. 74 geboren, Bürovorſteher. Vor dem Kriege angeblich nie ernſtlich krank geweſen. Wurde im Auguſt 1914 zu einem Landſturm-Truppenteil nach Leitmeritz a. E. (Böhmen) eingezogen. Im Jahre 1916 litt er vorübergehend an einer Erkältung, über die näheres aus den Akten nicht zu erſehen iſt. War ſonſt während der Garniſondienſtzeit nicht ernſtlich krank. Im März 1918 rückte er ins Feld. Im Oktober 1918 erkrankte er an der Iſonzofront an Malaria. Aus den nur geringfügigen Aufzeichnungen iſt außer Fieberanfällen am 22., 23. und 27. Oktober nur eine Eintragung vom 29. Oktober 1918 „Ueber beiden Lungen feuchtes Raſſeln – Diagnoſe Bronchitis" – vermerkt. Außerdem fand ſich auf einem angeklebten Zettel der Vermerk „Tertiana

florid" und Angaben über entſprechenden Blutbefund. Ein ordentlich geführtes Krankenblatt war nicht vorhanden. Am 20. März 1924 ſtellte Sch. Rentenantrag wegen „Malaria und Nervenleiden, rechtsſeitige Lähmung." Er führte sein Leiden auf die Malaria-Erkrankung im Oktober 1918 zurück und benannte drei Aerzte, darunter einen Interniſten, bei denen er wegen ſeines Leidens in Behandlung geweſen ſei. Auf eine Anfrage des Verſorgungsamtes teilte einer dieſer Aerzte unter dem 22. 5. 1924 mit, daß Sch. kurz nach dem Kriege 6 Monate bei ihm in Behandlung geweſen ſei. Es habe ſich damals um „nervöſe Störungen" gehandelt. Bei der verſorgungsärztlichen Unterſuchung im Mai 1924 klagte Sch. über Bewegungsbehinderung im rechten Arm, Schwere in der rechten Hand und zeitweiliges Benommenſein im Kopf. Auf Befragen gab er als Urſache ſeiner Beſchwerden die ſchlechten Ernährungsverhältniſſe an der italieniſchen Front und die überſtandene Malaria an und erklärte gleichzeitig, daß er die Schwäche im rechten Arm bereits während der Lazarettbehandlung wegen Malaria verſpürt habe und deswegen nach der Entlaſſung aus dem Heeresdienſt häufig in ärztlicher Behandlung geweſen ſei. An anderer Stelle führte er dazu ergänzend noch aus, daß er schon im Lazarett nach Abklingen des Fiebers kaum habe ſchreiben können. Das ſei aber erſt der Anfang der Bewegungsſtörungen in der rechten Hand geweſen, die ſeitdem nicht gewichen ſeien. Die ganzen Jahre über, in denen er in leitender Stellung geweſen ſei, habe er alle ſeine Unterſchriften nur mit einem Stempel gegeben. Will die Störung aber gegenüber dem Büro verheimlicht, und, wenn Unterſchriften für Vorgeſetzte zu erledigen waren, ſie mit beiden Händen geſchrieben haben. Im Frühjahr 1923 ſei er von einem Arzt 3—4 Monate lang mit Elektrizität behandelt worden. Die Störungen im rechten Arm hätten ſich seitdem noch verſchlimmert und ſeien dann auch auf das rechte Bein übergegangen. Seine Direktion habe ihn bereits im Januar 1923 penſionieren wollen, ihm aber dann im April 1923 mit 6 Monaten Friſt gekündigt. Der Antrag auf Militärverſorgung ſei deswegen ſo ſpät, das heißt erſt im März 1924 geſtellt, weil es ihm als Ausländer damals erſt durch eine neue Beſtimmung möglich geweſen ſei.

Aus der eingehenden Befundſchilderung des Verſorgungsarztes iſt folgendes hervorzuheben:

„Guter Kräfte- und Ernährungszustand, blaſſe Geſichtsfarbe, gute Schleimhautdurchblutung. Bruſtkorb flach. Die

rechte Schulter ſteht höher als die linke. Das rechte Schulterblatt ſteht ſtärker ab als das linke. Es beſteht geringe Kyphoskolioſe der Wirbelſäule. An den Bruſt- und Bauchorganen kein beſonderer krankhafter Befund. Urin und Blut o. B.

Der rechte Mundwinkel bleibt zeitweilig beim Zähnezeigen etwas zurück, ſonſt Geſichtsmuskelinnervation ſymmetriſch. Pupillenſpiel und Augenbewegungen frei. Sehnenreflexe am rechten Arm etwas ſtärker als links. Bauchdecken- und Hodenhebereflexe auszulöſen, rechts-links. Knie- und Achillesſehnenreflexe auszulösen, rechts-links. Bei Fußaugenſchluß etwas Schwanken nach links und Lidflattern. Kein Laſègue, kein Kernig, kein Babinski, keine Cloni, keine Ataxie. Hautempfindung intakt. Lebhafte Hautſchriftröte. Muskulatur am rechten Arm und rechten Bein etwas geſpannt. Bei fremdtätigen Bewegungen Widerſtand. Keine Bewegungsbehinderung an ſich im rechten Arm. Es können ſämtliche Bewegungen ausgeführt werden. Die Bewegungen erfolgen aber nur langſam, ruckweiſe, unter leichtem Zittern der Arme. Ein feineres Fingerſpiel oder das Ausführen von raſch wechſelnden Bewegungen iſt rechts nicht möglich. Bewegungen im rechten Bein erfolgen langſam. Fußheben rechts iſt nur bis 80 Grad, Senken bis 110 Grad möglich. Fremdtätig keine Bewegungsbehinderung im Fußgelenk. Zehenbewegungen rechts erfolgen nur in ganz geringem Maße. Bei dem Vergleich der Umfangsmaße findet ſich ein Minderumfang von durchſchnittlich $1^1/_2$ cm zu Ungunſten des rechten Beines. Beim Gehen wird der rechte Arm im Ellenbogengelenk leicht gebeugt gehalten, die Finger in den Grundgelenken etwas gebeugt, im übrigen geſtreckt. Auftreten mit dem rechten Bein erfolgt etwas ſtampfend. Bleibt zeitweiſe mit der rechten Fußſpitze hängen".

Wie aus der wörtlich wiedergegebenen Befundſchilderung — fortgelaſſen habe ich nur die im Verſorgungszeugnis eingehendere Beſchreibung des Befundes an den Organen der Bruſt- und Bauchhöhle — hervorgeht, beſtand bei der Befundaufnahme bereits ein faſt klaſſiſches Bild des Parkinſonismus. Der Verſorgungsarzt ſtellt jedoch die Diagnose „Bewegungsbehinderung im rechten Arm und rechten Bein, wahrſcheinlich als Folge einer im Anſchluß an Malaria aufgetretenen Neuritis", nimmt dafür Dienſtbeſchädigung an und ſchätzt die Erwerbsminderung auf 50 vom Hundert. Der das Zeugnis prüfende Arzt beim zuſtändigen Hauptverſorgungs-

amt ſetzt unter dasſelbe den Prüfungsvermerk „Einverſtanden“. Es erfolgt darauf entſprechende Beſcheiderteilung.

Am 3. 7. 1924 wird eine erneute verſorgungsärztliche Unterſuchung vorgenommen wegen eines Badekurantrages. Der dabei erhobene Befund iſt im weſentlichen derſelbe wie eben geſchildert. Es wird insbeſondere wieder auf einen ſtarken Spannungswiderſtand in der Muskulatur des rechten Armes und des rechten Beines bei fremdtätigen Bewegungen hingewieſen. Bei den selbſttätigen Bewegungen beſtehe fibrilläres Muskelzucken. Die Bewegungen im rechten Arm erfolgten langſam. Der Arm werde im Ellenbogengelenk gebeugt gehalten.

Das Gutachten lautet darauf wieder: „Es handelt ſich um neuritiſche Erſcheinungen. Durch eine Badekur werden dieſelben vorausſichtlich günſtig beeinflußt“.

Daraufhin wird eine vierwöchentliche Badekur bewilligt. Im „Abſchlußgutachten nach beendeter Kur“ führt der ärztliche Leiter der Kuranſtalt am 22. 8. 24 aus, daß ſich das Allgemeinbefinden gebeſſert habe. Das Zittern im Arm, der ſtets gebeugt gehalten werde, beſtehe jedoch unverändert fort. Die Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand ſei ſehr gering. Im übrigen Befund (Kopfhaltung und Gang) ſei keine Beſſerung erzielt worden. Der Arzt läßt die Krankheitsbezeichnung unverändert beſtehen bezw. äußert ſich zu der beſtehenden Diagnoſe überhaupt nicht weiter und ſchätzt die Erwerbsminderung auf 50 vom Hundert.

Sch. hat inzwiſchen gegen die Feſtſetzung der Erwerbsminderung auf 50 vom Hundert Berufung eingelegt. Er legt ein Zeugnis eines Nervenfacharztes vom 5. 7. 24 vor, das ihn wegen „Nervenleidens“ für völlig erwerbsunfähig erklärt. Ueber die Art des „Nervenleidens“ ſpricht ſich jedoch dieſer Nervenarzt in ſeinem Gutachten nicht aus. Während des Berufungsverfahrens erfolgt dann am 30. 4. 25 eine nochmalige nervenfachärztliche Begutachtung. Jetzt wird endlich die richtige Diagnoſe „Parkinſonismus als Folge von epidemiſcher Gehirnentzündung“ geſtellt. Es fand ſich damals eine typiſche Parkinſonhaltung, Bewegungsarmut, ſtarres maskenartiges Geſicht, feinſchlägiges Zittern der rechten Hand, Rigidität in der rechten Arm- und Beinmuskulatur, Adiadochokineſis uſw.

Bei dem nun folgenden

Fall 6

iſt das Krankheitsbild ebenfalls Jahre lang verkannt worden,

doch iſt es mir nicht wie im vorhergehenden Fall möglich, die ärztlichen Fehldiagnoſen an Hand von Atteſten zu verfolgen. Daß das Leiden aber Jahre lang verkannt worden iſt, geht aus der folgenden Schilderung ebenfalls hervor.

H. K., geboren am 24. 11. 96, Schneider, ſtellt unter dem 12. 5. 27 Antrag auf Anerkennung von D. B. für ein Nervenleiden und Gewährung entſprechender Rente. Er führt die Entſtehung ſeines Leidens auf mehrere ſchwere Stürze vom Fahrrad, die er während des Kriegsdienſtes als Kompagnieordonnanz erlitten habe, und auf den anſtrengenden Dienſt im allgemeinen zurück. Das Leiden habe ſich erſtmalig gezeigt im Mai oder Juli 1919. Es habe damals Schüttelfroſt bei ihm beſtanden. Der ihn damals behandelnde Arzt habe ein Nervenleiden bei ihm feſtgeſtellt. Er habe ihm geſagt, er könne ihm nicht helfen, das Leiden müſſe die Zeit ausheilen. Er habe damals etwa 14 Tage krank gefeiert. Nach dieſer Zeit habe das Kopfſchütteln etwas nachgelaſſen. Er habe dann Arbeit bei der Eiſenbahn aufgenommen. Bis 1924 habe er nicht mehr krank gefeiert. Seit 1924 habe ſich das Leiden immer mehr und mehr verſchlimmert, ſodaß er jetzt zu keiner Arbeit mehr imſtande ſei. Er ſei bei verſchiedenen Aerzten in Behandlung geweſen. Keiner habe ihm jedoch helfen können, und bisher habe ihm auch noch niemand geſagt, an welcher Krankheit er denn eigentlich leide. Die Aerzte hätten immer nur von einem Nervenleiden geſprochen.

Aus den Akten iſt über das Vorliegen einer Erkrankung während des Kriegdienſtes nichts zu erſehen. Die Krankenkaſſenauskünfte berichten über die Zeit nach dem Kriege nur von einer Krankfeierzeit wegen einer Zerrung der Bruſt- und Halsmuskeln und einer Wunde an der Stirn im Februar 1920.

Unter dem 27. 8. 1927 beſcheinigt ein praktiſcher Arzt, daß K. über körperliche Schwäche, Zittern der Arme, beſonders des rechten und Zuckungen in der Geſichtsmuskulatur klage. Den Befund ſchildert er wie folgt:

„K. befindet ſich in ſchlechtem Ernährungszuſtand. Herz, Lungen und Verdauungsorgane ſind ohne krankhaften Befund. – Nervenſyſtem: Schwanken bei Fußaugenſchluß, ſtarker Tremor der geſpreizten Finger, erhöhte Patellarreflexe. Hornhaut- und Rachenreflexe abgeſchwächt. Senſibilität gegen ſpitz und ſtumpf ungeſtört". – Der Arzt führt dann weiter aus, daß er K. ſeit etwa 2 Jahren kenne und den Eindruck habe, daß ſich das „Nervenleiden" in der letzten Zeit verſchlimmert habe. Auf die Art des Nervenleidens geht er mit keinem Wort ein.

Bei der etwa 4 Wochen ſpäter am 24. 9. 1927 durch einen Verſorgungsarzt vorgenommenen amtsärztlichen Unterſuchung findet dieſer vornübergebeugte Haltung mit leicht vorgenommenen Schultern und vorgeneigtem Kopf. Der rechte Arm hängt ſchlaff herab und wird beim Gehen nicht bewegt. Zeitweiſe geringes Zittern in der rechten Hand, das aber aufhört, ſobald man die rechte Hand anfaßt. Die Armmuskulatur iſt rechts um 1 cm ſchwächer als links, trotzdem K. Rechtshänder iſt. Bei fremdtätigen Bewegungen ſpürt man im rechten Arm eine gewiſſe wenn auch nicht erhebliche Rigidität. Eine ausgeſprochene Rigidität findet man bei fremdtätigen Bewegungen im rechten Handgelenk und in den Fingergelenken. Ebenfalls beſteht im rechten Bein eine mäßige Rigidität. Das Geſicht iſt maskenartig, ausdruckslos. Zeitweiſe beſteht in der linken Geſichtsmuskulatur ein geringes Zittern. Die Sprache iſt leiſe, monoton. Die Stimmung iſt gedrückt. Größere Intelligenzdefekte ſind nicht nachzuweiſen. – Nervenſyſtem: Pupillen rund, gleich weit, reagieren prompt. Keine Augenmuskellähmungen, kein Augenzittern. Der linke Mundwinkel hängt ein wenig herab und wird beim Zähnezeigen und Mundſpitzen nicht ganz mitgenommen. Die gerade herausgeſtreckte Zunge flimmert etwas. Knie- und Achillesſehnenreflexe geſteigert, rechts-links. Kein Oppenheim, kein Babinski, kein Romberg, keine Cloni, keine Ataxie. Angedeutete Adiadochokineſis.

Der Verſorgungsarzt ſpricht nach der Befundſchilderung die Anſicht aus, daß es ſich nach dem Ergebnis der Unterſuchung wahrſcheinlich um einen Parkinſonismus handele. Da die Symptome ſeiner Anſicht nach aber nicht beſonders ausgeprägt ſeien, halte er nervenfachärztliche Nachprüfung für erforderlich.

Bei der daraufhin vorgenommenen fachärztlichen Unterſuchung trägt K. zur Vorgeſchichte noch nach, daß er im Sommer 1917 einige Tage an Grippe gelitten habe. Er habe ſich aber damals nicht krank melden können, es habe weder Revier- noch Lazarettbehandlung ſtattgefunden. Der Arzt, der ihn bei der eigentümlichen Erkrankung im Sommer 1919 behandelt habe, ſei geſtorben. Er könne deshalb von demſelben ein Zeugnis nicht beibringen. – Der Befund bei der fachärztlichen Unterſuchung war im weſentlichen unverändert, wie ihn vorher der Verſorgungsarzt geſchildert hatte. Der Facharzt beſtätigte die Diagnoſe Parkinſonismus.

Der folgende

Fall 7

ſtammt aus dem Material der Kehrer'ſchen Klinik. Lange Zeit wurde in dieſem Fall angenommen, daß die beſtehenden Krankheitserſcheinungen Folgen eines Unfalls ſeien, während es ſich in Wirklichkeit ebenfalls um einen Parkinſonismus nach epidemiſcher Encephalitis handelte.

Der Eiſenbahner A. Sch. erlitt am 21. 10. 1920 einen Unfall am linken Unterarm, linken Bein, an der linken Schulter und an der linken Beckenſeite. Sch. glitt beim Ueberſchreiten der Geleiſe aus, wurde von einem herannahenden Güterzug erfaßt bezw. griff nach dem Trittbrett eines Wagens und ließ ſich, da ſich der Zug nur in mäßiger Geſchwindigkeit befand, annähernd 15 Meter mitſchleifen. Dann ließ er ſich fallen. Ein Unfallzeuge gibt an, daß er bei dem Unfall zwar ſelbſt nicht dabei geweſen ſei, daß Sch. jedoch in der fraglichen Zeit mit verblutetem Geſicht und zerriſſenem Anzug an ihm vorbeigekommen ſei. Eine Antwort habe er nicht bekommen. Sch. habe an dieſem Tage ſehr erſchrocken ausgeſehen. Am 27. Februar 1924 bat Sch. die Eiſenbahndirektion um Heilbehandlung und erwähnt in dieſem Schreiben, daß er eine Beule an der linken Stirnſeite und Abſchürfungen an der linken Geſichtsſeite davongetragen habe, und daß ſich längere Zeit danach Zittern in den Beinen und im linken Arm und eine Erſchwerung der Sprache eingeſtellt habe. Dieſem Geſuch legte er ein Gutachten von Profeſſor T. bei, in dem beſcheinigt iſt, daß die kloßige Sprache auf ſeeliſch bedingten Innervationsſtörungen beruhe, und in dem ſeine Krankheit als Hyſterie bezeichnet wird. Der behandelnde Arzt beſcheinigt, daß die Erwerbsfähigkeit des Sch. bis zum 31. Dezember 1922 nicht beeinträchtigt geweſen ſei. Vom 1. Januar bis 30. Juni 1923 habe die Erwerbsminderung 30 vom Hundert, bis zum 31. Dezember 1923 50 vom Hundert, ſeitdem 100 vom Hundert betragen. Die krankhaften Störungen des Sch. werden als durch den Unfall bedingt angeſehen.

In einer weiteren ärztlichen Beſcheinigung vom 28. Okt. 1924 wird angegeben, daß Sch. durch Unfallfolgen $66^{2}/_{3}$ vom Hundert erwerbsbeſchränkt ſei.

Am 22. April 1925 bittet Sch. erneut um Heilbehandlung. Der Bahnarzt beſcheinigt die Notwendigkeit derſelben. Die Deutſche Reichsbahngeſellſchaft gewährt Sch. eine Heilbehandlung in einem Sanatorium. Hier wird unter dem 13. Oktober 1925

die Diagnoſe Encephalitis lethargica geſtellt, deren Zuſammenhang mit dem Unfall nur indirekt angenommen wird.

Wegen eines ſpäteren Antrages auf Gewährung einer Pflegezulage wird Sch. in die Univerſitätsklinik Münſter eingewieſen. Er klagt hier über Verlangſamung der Sprache. Er könne nur langſam kauen und ſchlucken. Wenn er nach hinten überliege, trete Speichelfluß auf. Im linken Arm habe er keine Kraft, könne ihn nicht viel bewegen. Außerdem beſtände Zittern im linken Arm. Rechts beſtänden eigenartige Bewegungen des Daumens. Manchmal ziehe er das linke Bein nach. Könne ſich nicht allein an- und ausziehen und ſich nicht allein waſchen. Könne auch nicht allein eſſen.

Die Unterſuchung zeigte einen mittelgroßen proportioniert gewachſenen Mann von kräftigem Knochenbau in leidlichem Ernährungszuſtand. Haut und ſichtbare Schleimhäute waren gut durchblutet.

An Herz und Lunge war ein krankhafter Befund nicht zu erheben. Leber und Milz waren nicht vergrößert.

Der Kopf ist nicht klopf- oder druckempfindlich. Austrittsſtellen der ſenſiblen Hirnnerven frei. Kopfbewegungen bis in die Endſtellungen möglich, jedoch langſam.

Lidſpalten gleich weit. Lidſchluß gut mit Lidflattern. Seltener Lidſchlag. Während der Unterſuchung verfolgt er die Bewegungen des Arztes faſt ohne Augenbewegungen mit langſamem Drehen des Kopfes. Augenbewegungen bis in die Endſtellen frei. Dabei nyſtagtiſche Einſtellungszuckungen. Pupillen rund, mittelweit, gleich groß, auf Lichteinfall und Naheſehen ausgiebig, aber nicht ſehr prompt reagierend. Augenhintergrund frei. Senſibilität im Gebiet des 5. Hirnnerven erhalten. Die Geſichtsmuskulatur wird nur langſam bei Aufforderung bewegt, dabei zeigt ſich eine leichte linksſeitige Facialisſchwäche, ſonſt faſt amimiſch.

Die Sprache iſt ſehr langſam, etwas verwaſchen mit geringem Speicheln. Die Zunge wird gerade und unter leichtem Zittern herausgeſtreckt. Hirnnerven ſonſt frei.

Die Beweglichkeit beider Arme iſt frei. Beiderſeits Rigor, links mehr als rechts. Die Kraft im linken Arm iſt etwas herabgeſetzt. Die Arme werden meiſt leicht gebeugt gehalten. Links beſtehen feine Zitterbewegungen, rechts athetoſeartige Bewegungen, die bei Affekten zunehmen. Beim Gehen Mitbewegungen, vor allem des Daumens der rechten Hand. Armreflexe lebhaft und beiderſeits gleich. Die Beine ſind frei beweglich, der Tonus der Muskulatur iſt leicht erhöht,

links etwas ſtärker als rechts. Die Kraft iſt beiderſeits gleich. Die Reflexe ſind beiderſeits in gleicher Stärke auszulöſen. Keine krankhaften Reflexe. Keine Ataxie. Gang mit ſteifem, leicht nach vorn geneigtem Oberkörper. Er kann ſich nur teilweiſe allein ausziehen. Beim Zuknöpfen und einigen anderen Verrichtungen muß ihm geholfen werden. Auch muß er gefüttert werden, da er nur schlucken kann, wenn er nach hintenüber liegt. Pſychiſch iſt er orientiert und geordnet, von freundlichem Wesen, ohne irgend welche Tendenz zur Aggravation. Alle Reaktionen erfolgen verlangſamt, ſonſt pſychiſch frei.

In der Beurteilung der Univerſitätsklinik wird in Uebereinſtimmung mit der Diagnoſe des Sanatoriums bei S. das Vorliegen organiſcher Veränderungen des Nervenſyſtems als Folge einer Gehirngrippe (Encephalitis lethargica) angenommen.

Fall 8

lernte ich wieder in meiner verſorgungsärztlichen Tätigkeit kennen. Es handelt ſich dabei um einen Lehrer J. Sch., geboren am 24. 3. 1890. Er ſtellt unter dem 25. 4. 1922 Antrag auf Militärverſorgung und gibt an, im Juni 1916 einen Kopfſchuß erhalten zu haben. Infolgedeſſen habe er viel unter Kopfſchmerzen und Uebermüdung zu leiden, ſodaß er ſeinem Beruf nicht voll nachkommen könne. Im September 1914 habe er ferner einen Armſchuß erhalten. Davon ſei ein teilweiſe ſteifes Handgelenk zurückgeblieben. Er ſei infolgedeſſen nicht mehr in der Lage, den Geſangunterricht zu erteilen, weil er nicht mehr Geige ſpielen könne.

Aus den Akten geht hervor, daß Sch. am 22. 9. 1914 durch einen Gewehrſchuß am linken Unterarm verwundet wurde. Bei der Verwundung erfolgte anſcheinend eine Fraktur der Ulna dicht unterhalb des Ellenbogengelenks. Nach Abheilung der Verletzung blieb eine Behinderung der Supination um etwa die Hälfte zurück. Ebenſo war nachher noch eine geringe Bewegungsbehinderung im Handgelenk vorhanden, die auch nach längerer mediko-mechaniſcher Behandlung nicht zurückging. Am 8. 6. 1916 wurde Sch. durch einen Granatſplitter am Kopf verwundet. Der Einſchuß fand ſich über dem linken Auge, 1 cm über der linken Augenbraue. Er führte auf Knochen. Der Knochen war eingedrückt, nach den Seiten hin geſplittert. Bei der Aufmeißelung gelangte man in die Stirnhöhle. Da deren Hinterwand anſcheinend feſt war, wurde nicht weiter eröffnet. Die Wunde heilte unter entſprechender Behandlung allmählich

zu, ohne daß weitere chirurgiſche Eingriffe erforderlich waren. Bei der Entlaſſung aus dem Lazarett klagte Sch. noch über gelegentliche Kopfſchmerzen. Ein krankhafter Befund war außer der Narbe an der Stirn nicht mehr zu erheben.

Bei der verſorgungsärztlichen Unterſuchung am 6. 6. 1922 klagte Sch. darüber, daß er die Geige wegen der Verſteifung im linken Arm nicht halten könne. Er leide unter leicht eintretender Ermüdung und unter Kopfſchmerzen, ſodaß er ſeine Arbeit, beſonders bei längerem Aufenthalt in ſchlechter Luft ſchlecht ausführen könne. Das verſorgungsärztliche Zeugnis iſt ziemlich kurz. Außer dem Narbenbefund am linken Arm und an der Stirn wird nur angegeben, daß die Supination links vollſtändig aufgehoben ſei, die Pronation etwa zur Hälfte. Die Bewegungen im Ellenbogen-, Hand- und in den Fingergelenken ſeien im übrigen vollſtändig regelrecht und würden mit gewöhnlicher Kraft ausgeführt. Es wird weiter noch angegeben, daß Druck auf die Narbe an der Stirn und auf die Austrittsſtellen der oberen und unteren Augennerven ſchmerzhaft ſei. An der Geſichtsmuskulatur zeige ſich nichts beſonderes. Die gerade herausgeſtrekte Zunge flimmere leicht. Augenbindehaut- und Hornhautreflexe lebhaft, ebenſo Sehlochſpiel. Uebrige Reflexe regelrecht. Bei Fußlidſchluß leichtes Lidflattern. Als Krankheitsbezeichnung nennt der Arzt dann:

a) Behinderung der Drehbewegungen des linken Unterarms um etwa $^2/_3$.

b) Leichte Nervenſchwäche nach Verletzung der linken Stirnſeite mit Eröffnung der Stirnhöhle.

Dienſtbeſchädigung nimmt er für a) als erwieſen, für b) als wahrſcheinlich an und führt zu b) weiter aus, daß die Beſchwerden, die ſämtlich ſich erſt nach der Verwundung eingeſtellt hätten und ſeit dieſer Zeit beſtehen geblieben wären, mit großer Wahrſcheinlichkeit als Folgen des Kopfſchuſſes anzuſehen ſeien. Die E. M. ſchätzt er insgeſamt auf 20 vom Hundert.

Der das Zeugnis prüfende, leitende Arzt des Verſorgungsamts ändert nachträglich ohne nähere Begründung die Krankheitsbezeichnung dahin ab, daß er unter b) für „leichte Nervenſchwäche“ – „Narbenbeſchwerden“ ſetzt.

Unter dem 22. April 1925 ſtellt Sch. Antrag auf Erhöhung der Rente, weil ſich ſein D. B. Leiden verſchlimmert habe.

Er fügt ein ärztliches Zeugnis bei, in dem ausgeführt wird: „Sch. klagt über Aufgeregtheit oft bis zur Verwirrtheit, ſchnelle Ermüdbarkeit und Schlafſucht, über erſchwertes Sprechen, mangelndes Gedächtnis, ferner über Kopfſchmerzen. Die Narbe an der Stirn iſt etwa 6 cm lang und $^1/_2$ cm tief in den Schädelknochen eingezogen. Sie iſt im ganzen druckempfindlich, beſonders der Druckpunkt des nervus frontalis ſiniſter. Es beſteht ferner Lidflattern bei geſchloſſenen Augen, ferner leichtes Händezittern. Leicht erhöhte Erregbarkeit aller Sehnenreflexe und Hautſchrift. Nach Art der Verletzung halte ich eine Einwirkung der Verletzung auf die Funktionen des linken Stirnhirns (Broca'ſches Zentrum) nicht für ausgeſchloſſen, wenn gleich außer den allgemeinen, beſonders auch in der Sprache gehemmt erſcheinenden pſychiſchen Funktionen nur eine allgemeine erhöhte Erregbarkeit feſtzuſtellen iſt. Es wird eine Röntgenaufnahme des Schädels für wichtig gehalten, beſonders wegen Verdachts auf eine Hypophyſenveränderung, weil der ganze Geſichtsausdruck etwas an Myxoedem erinnert."

Das Versorgungsamt läßt dann durch die amtliche Fürſorgeſtelle Ermittlungen über die Erwerbsverhältniſſe und den Geſundheitszuſtand des Sch. anſtellen. Der Rektor des Sch. gibt darauf folgende Auskunft: „Sch. leide an Gedächtnisſchwäche. Ein freier Vortrag im Unterricht ſei ihm deshalb ſchwer. Seine Vorbereitung auf den Unterricht nehme übernormale Zeit in Anſpruch. Er neige zur Schlafſucht. Bei ſchwülem Wetter dürfe er nicht auf dem Katheder ſitzen, ſondern müſſe durch Umhergehen im Klaſſenraume, während des Unterrichts, ſich wach zu halten verſuchen. Er klage häufig über Kopfſchmerzen. Geiſtig ſei er ſeit der Verletzung im Kriege zurückgegangen. Er zeige äußerlich eine ſchwache Haltung, die bei einem geſunden Menſchen nicht vorkomme. Der geiſtige Rückgang des Sch. habe mit den Jahren derart zugenommen, daß er ſein Amt als Volksſchullehrer nicht mehr voll verſehen könne."

Nach Eingang dieſer Auskunft wird fachärztliche Begutachtung durch Chirurgen und Nervenarzt angeordnet.

Bei der fachärztlichen Unterſuchung klagte Sch. über zunehmendes ſchlechtes Gedächtnis, der Kopf werde ihm ſo ſchwer benommen. Gelegentlich ſollen auch Kopfſchmerzen vorkommen. Er ermüdet ganz furchtbar leicht. Die Wortfindung ſei ihm bei guter Sprechfähigkeit ſehr erſchwert.

Sonſt habe er keine Beſchwerden. Auch auf wiederholte Exploration gibt er keine weiteren Klagen an, meint nur, er halte ſich ſo ſchlecht. Das ſei aber ganz einfach eine Folge der Müdigkeit. Wenn er erinnert werde, gehe es ganz gut, bis er ſich da dann wieder vergeſſe.

Bei der körperlichen Unterſuchung war an den inneren Organen ein beſonderer krankhafter Befund nicht zu erheben. Die Haut- und Sehnenreflexe waren in Ordnung. Pyramidenzeichen fanden ſich nicht. Die Pupillen waren mittelweit, rund, rechts gleich links, von prompter und ausgiebiger Reaktion auf Licht. Die Pupillenreaktion war allerdings nur im Dunkelzimmer feſtzuſtellen. Augenbewegungen frei, kein Nyſtagmus. Trigeminus und Facialis, bis auf leichtes Zurückbleiben der linken oberen Geſichtshälfte o. B. Die gerade hervorgebrachte Zunge zittert gering, feinſchlägig, kein Speichelfluß. Keine Senſibilitäts-Störungen. Keine Ataxie. Kein Schwanken bei Fußaugenſchluß, wohl aber Lidflattern. Keine Dermographie, kein Tremor der Hände. Keine beſondere Schweißabſonderung. Nirgends Motilitätsausfälle. Nirgends Muskelatrophie. Keine Rigidität der Muskulatur irgend eines Körperteils. Kein Intentionszittern.

Der Gang iſt etwas ſchiebend mit loſen Knieen. Keine Retro- und Propulſion. Die Haltung – aber auch nur dieſe – erinnert an ſtriären Symptomenkomplex. Sprache ohne Artikulationsſtörungen, aber pſychogen verlangſamt.

Pſychiſch macht der 35-jährige Mann einen viel älteren, zerſtreuten Eindruck. Die Beobachtung ergibt dann auch, daß Sch. tatſächlich im allgemeinen ſtark zerſtreut iſt. Nur die Rückſicht auf ſein Verfahren hält ihn während der Exploration in Aufmerkſamkeit. Gleichmäßig in ſeiner Affektlage, ziemlich einförmig im motoriſchen Verhalten. Keine Manierismen. Auffaſſung und Orientierung ſind ſonſt völlig in Ordnung. Der Gedankenablauf iſt nicht beſonders verlangſamt, nur durch leichte Ermüdbarkeit erſchwert. Inhaltliche Störungen beſtehen nicht. Das Gedächtnis iſt für gewöhnlich ſchlecht. Bei wiederholten Prüfungen und wechſelndem Ermüdungszuſtand weiß er aber immer recht Unterſchiedliches, ſodaß man von einer einheitlichen ſchlechten Leiſtung nicht ſprechen kann. Das Gleiche gilt von der Merkfähigkeit. Amneſien waren nicht feſtzuſtellen.

Die Urteilsfähigkeit iſt ſowohl gegenüber den üblichen pſychiatriſchen Prüfungsmethoden, wie im Verhältnis zu den Anforderungen des täglichen Lebens nicht herabgeſetzt. Ethiſche

Begriffe werden ſo erklärt, wie es von Sch. zu erwarten iſt. Bei dieſen Prüfungen treten nicht einmal Ermüdungsſymptome auf. Im Allgemeinen bietet jedoch die Intelligenzprüfung reichlich Gelegenheit, ſich davon zu überzeugen, daß zwar keine beſondere Ablenkbarkeit und Unaufmerkſamkeit beſteht, daß aber Sch. ganz beſonders leicht ermüdet, im Ausdruck des Geſichtes ſchlaff wird und entſprechend immer ſchlechter ſeine Kenntniſſe reproduziert bezw. zu Neuſchlüſſen umſetzt.

Nach dieſer eingehenden pſychiſchen Befundſchilderung wird dann in der Beurteilung ausgeführt, daß bei Sch. eine mäßige Nervenſchwäche vorliege. Für eine organiſche Nervenerkrankung ſei aber kein Anhalt, im beſonderen nicht für Myxoedem, das vom behandelnden Arzt vermutet werde. Auch für Parkinſonismus ſpreche nichts, trotz der etwas verdächtigen Haltung. Eine Geiſteskrankheit ſei auch auszuſchließen. Dagegen beſtehe eine ganz ausgeſprochene leichte geiſtige Ermüdbarkeit, die nicht mit dem Worte „Neuraſthenie" abgetan werden könne, beſonders auch nicht bei dem ſonſt für die Diagnoſe „Neuraſthenie" doch nur geringen Befunde. Es ſei vielmehr anzunehmen, daß doch irgendeine nicht gerade zu gröberen Symptomen führende Dauerſchädigung des Hirns nach Schußverletzung vorliege, wenn auch der Röntgenbefund keinen Anhalt biete und auch aus den Krankenblättern nicht hervorgehe, daß eine Hirnverletzung vorgelegen habe. Für die geiſtige Schwäche wird Vorliegen von D. B. für wahrſcheinlich gehalten und die dadurch bedingte Erwerbsminderung unter Berückſichtigung des Berufes als Lehrer auf 30 vom Hundert geſchätzt.

Unter dem 2. 12. 1926 beantragt Sch. erneut Erhöhung der Rente, weil ſich ſein „Kopfleiden" in den letzten Wochen weſentlich verſchlimmert habe. Zur Ausübung ſeiner beruflichen Tätigkeit als Lehrer ſei er vorläufig nicht mehr in der Lage. Er bittet gleichzeitig um Gewährung einer Badekur.

In einer dem Antrag beigefügten ärztlichen Bescheinigung vom 2. 12. 1926 wird ausgeführt, daß das Kriegsdienſtbeſchädigungsleiden des Sch. (leichte geiſtige Ermüdbarkeit) ſich in den letzten Wochen ſo ſehr verſchlimmert habe, daß Sch. die nächſten 8 Wochen vollſtändig ausſetzen müſſe. Der Arzt hält, um einer vorzeitigen Penſionierung vorzubeugen, eine Sanatoriumskur im Mittelgebirge für unbedingt erforderlich.

Am 7. 12. 1926 erfolgt daraufhin verſorgungsärztliche Unterſuchung. Bei der Unterſuchung klagt Sch. über dumpfes

Gefühl im Kopf und ſchnelle Ermüdung. Bei dumpfer Luft könne er den Unterricht im Schulzimmer nicht aushalten. Die Sprache ſei undeutlicher geworden. Er ſei ſteif in den Gliedern geworden.

Bei der Unterſuchung wurde ein krankhafter Befund am Nervenſyſtem nicht erhoben. Es wird jedoch angegeben, daß Sch. in etwas vorgebeugter Haltung mit leicht eingeknickten Knieen daſtehe. Auch beim Gehen würden die Kniee nicht völlig durchgedrückt. Bewegungsſtörungen in den Gliedmaßen waren nicht feſtzuſtellen. Keine Muskelſtarre. Kein Intentionszittern. Die Sprache ſei verwaſchen, aber fließend. Antworten erfolgten prompt. Die Bewegungen, z. B. beim An- und Ausziehen erfolgten nur langſam und mit einer gewiſſen Schwerfälligkeit. In der Beurteilung wird ausgeführt, daß eine Badekur nicht für erforderlich gehalten werde, weil von derſelben irgendwelcher Erfolg kaum zu erwarten ſei. Dagegen hält der Verſorgungsarzt zur Entſcheidung des Rentenerhöhungsantrages bei der Schwierigkeit der Beurteilung des Falles nochmalige fachärztliche Begutachtung für erforderlich.

Am 7. 1. 1927 erfolgt darauf erneute nervenfachärztliche Begutachtung. Dabei gibt Sch. an, daß er bis ungefähr vor 3 Wochen ſeinen Dienſt noch habe verſehen können. Der Schulrat habe aber dann veranlaßt, daß er ſich krank melde. Er könne den Dienſt nicht machen, er würde immer ſo leicht müde, könne es in der dumpfen Schulluft nicht aushalten. In friſcher Luft werde es beſſer. Er habe viel Kopfſchmerzen, die immer in der linken Köpfhälfte ſäßen, zeitweiſe aber auch in der Stirn. Außerdem habe er „Augenſtörungen" gehabt, das heißt, die Augen würden müde, namentlich durch langes Leſen. Er könne nicht mehr lernen, nicht ordentlich auffaſſen und behalten. Was aber von früher her im „Unterbewußtſein bei ihm ſitze", das könne er noch. Er gehe ſo ſteif auf der Straße. Das ſei auch ſchlechter geworden. Sonſt habe er keine Beſchwerden. Die Stimmung ſei noch ganz heiter. Er ärgere ſich nicht leicht.

Auch auf wiederholtes Befragen wird das Ueberſtehen einer Grippe oder einer fieberhaften Erkrankung negiert.

Die Nachprüfung des Allgemeinzuſtandes ergab keine weſentliche Veränderung gegenüber der letzten fachärztlichen Unterſuchung. Sch. zeigt aber jetzt die typiſche Parkinſonhaltung in ausgeſprochener Weiſe. Der Geſichtsausdruck iſt ſtets gleichmäßig ſtarr. Bei der Unterſuchung des Nervenſyſtems

zeigt ſich, daß die Armreflexe rechts ſämtlich beſſer zu haben ſind als links. Im übrigen ſind die Reflexe in Ordnung. Pupillen und Hirnnerven o. B. Keine Pyramidenzeichen. Die Zunge wird nur ganz gering, unter lebhaftem grobſchlägigen Zittern gerade hervorgebracht. Kein Speichelfluß, keine Motilitätsſtörungen. Keine Ataxie, kein Romberg. Leichtes Vibrieren des linken Mundfacialis und des rechten Orbicularis oculi, ſonſt keine Tremorerſcheinungen, insbeſondere aber auch kein Intentionszittern. Keine beſondere Schweißabſonderung, keine Hautſchrift.

Der Gang ſei wie früher, etwas ſchiebend mit loſen Knieen, zeige jetzt aber ſchon deutliche Retropulſion. Keine Propulſion. Sprache ſchwerfällig, aber ohne eigentliche Artikulationsſtörungen. Arme in typiſcher Parkinſonhaltung. Nach Anſicht des Facharztes iſt die früher ſchon beſchriebene aufgehobene Rotation des Unterarmes, die früher als Verwundungsfolge angeſehen wurde, lediglich auf die Parkinſonhaltung zurückzuführen. Leichte Rigidität beiderſeits in Armen und Beinen. Leichte Adiadochokineſis beider Arme. Pſychiſch macht er einen ſtumpfen benommenen Eindruck und ſei entſprechend ſchlecht in ſeinen geiſtigen Reproduktionen. Merkfähigkeit nicht herabgesetzt. Gedächtnis für die Vergangenheit offenbar beſſer. Nicht auffällig gefühllos. Leichte Ermüdbarkeit beherrſche das Bild.

Es wird dann die Diagnoſe Parkinſonismus nach epidemiſcher Encephalitis geſtellt und die Erwerbsminderung auf 70 von Hundert geſchätzt. — — —

Lange Jahre verkannt wurde auch der nächſtfolgende

Fall 9.

Erſt durch eingehende nervenärztliche Begutachtungen und Beobachtungen in der Münſteriſchen Nervenklinik fand der Krankheitsfall ſeine Aufklärung. Es ſtellte ſich dann einwandfrei heraus, daß B. an einer, wenn auch nicht ſehr ausgeprägten epidemiſchen Hirnentzündung litt.

W. Br. gab bei der Unterſuchung zur Vorgeſchichte an, daß die Blutsverwandten außer einer Schweſter, die an Aſthma leide, geſund ſeien. Er ſelbſt ſei im Oktober 1916 zu den Jägern eingezogen worden, im Februar 1917 ſei er ins Feld, und zwar nach Mazedonien gekommen. Im Mai 1917 wurde er verwundet durch einen Granatſplitter am Hinterkopf. Bei der Verwundung ſei er etwa 20 Minuten bewußtlos geweſen. Im Feldlazarett ſei er operiert worden. Sei dann noch einige

Wochen im Kriegslazarett gewesen und habe im August 1917 3 Wochen Erholungsurlaub in der Heimat gehabt. Dann sei er 4 Monate zu Arbeiten in der Kriegswirtschaft abkommandiert worden. Im August 1918 sei er mit einer Erwerbsminderung von unter 10 vom Hundert aus dem Heeresdienst entlassen worden; warum, wisse er nicht. 14 Tage später sei er wieder untersucht und erneut eingezogen worden. Nach 4 Wochen Garnisondienst kam er wieder ins Feld. Konnte jetzt aber das Einschlagen der Granaten nicht mehr vertragen und wurde deshalb zu den Essenträgern abkommandiert. Am 5. Oktober 1918 wurde er am Fuß verwundet und geriet in amerikanische Gefangenschaft, in der er bis Mai 1919 verblieb. War danach noch einige Zeit in Deutschland in Lazarettbehandlung wegen Folgen der Verwundung am Fuß. Zu Hause habe seine Schwester gleich nach seiner Rückkehr zu seiner Mutter gesagt: sie sei bange vor seinem Blick. Er sei oder werde verrückt. Seit 1917 habe er unter Kopfschmerzen zu leiden gehabt. Nach der Entlassung in die Heimat im Jahre 1919 habe er dreiviertel Jahre wegen der Kopfschmerzen nicht gearbeitet. Nahm dann Arbeit als Schweißer auf, übte diese Tätigkeit aber nur 3 Tage aus, weil er die Hitze am Kopf nicht vertrug. Er wurde deshalb Kranwärter und arbeitete als solcher bis 1923. Dann meldete er sich als Bote zur Stadtverwaltung. Im Jahre 1920 sah er 3 Tage lang alles doppelt, nebeneinander. Das Doppelsehen trat beim Gehen zur Arbeit plötzlich auf der Straße auf, sodaß er sehr erschrak. Er mußte von Kollegen nach Hause gebracht werden. Legte sich dann zu Bett und war 4 Tage bettlägerig. Das Doppelsehen trat dann nicht wieder auf. Er sei damals sehr aufgeregt gewesen, warum, wisse er nicht. Habe sehr schlecht geschlafen, sodaß er vor Müdigkeit nicht zur Arbeit gehen konnte. Solche Zustände habe er seitdem öfter gehabt. Im Mai 1927 wurde er abgebaut. Seit 3 bis 4 Jahren leide er unter Schwindelanfällen. Diese Schwindelanfälle treten meist beim Bücken, ganz gelegentlich beim Gehen, häufiger beim Sitzen (im Büro) auf. Es werde ihm so dumpf im Kopf, schwarz oder grün oder gelb vor den Augen. Die ständig bestehenden Kopfschmerzen werden stundenlang vor den Schwindelanfällen schlimmer. Es werde ihm, wie wenn sich das Zimmer drehe und dann falle er um. Wenn er dann wieder zu sich komme, habe er noch ein dumpfes Gefühl. Wisse sich nicht zu besinnen. Wenn er nicht aufgehoben werde, bleibe er liegen, bis er wieder von

ſelbſt zu ſich komme und ſich allmählich aufrichte und aufſtehe. Derartige Schwindelanfälle kämen bald alle Wochen zweimal, manchmal auch nur alle 14 Tage vor. Seit April 1927 beſtänden bei ihm auch eine Art epileptiſcher Anfälle. Dieſe träten meiſt beim Stehen alle 10-20-60 Tage, und zwar mitunter einige Stunden nach den Schwindelanfällen auf. Ihr Herannahen merke er gelegentlich auch an dumpfem Druck. Einmal habe er ſich nachts im Bett hin und her gedreht und es war ihm, wie wenn ein Anfall käme, ſodaß er die Mutter, die nebenan ſchlief, rief. Bis die Mutter aber gekommen ſei, ſei es vorbei geweſen und der Anfall erſt am nächſten Vormittag gekommen. Was in dieſen Anfällen vor ſich gehe, wiſſe er nur von der Umgebung, zum Beiſpiel von den Eltern oder anderen Bekannten bezw. Vorgeſetzten im Dienſt. Ein Beamter habe ihm erzählt, er habe es dabei wie bei einem Sturmangriff im Felde machen wollen, habe mit vorſtehenden Augen ſo getan, als werfe er Handgranaten, habe kommandiert uſw. Als der Beamte ihn geſchüttelt habe, ſei er zu ſich gekommen. Im April oder Mai 1927 habe er einen Anfall gehabt, der kein Ende nehmen wollte, ſodaß die Mutter zum Arzt ſchickte. Er ſei dabei zu der Nachbarin gegangen und habe deren Tochter, die er mit der Dienstmagd verwechſelte, geſagt, ſie ſolle anderen Tags zur Mutter zum Waſchen kommen, ohwohl dieſe gar keine Wäſche hatte. Zu Hauſe habe die Mutter ihn ins Bett gelegt. Er habe dann getobt und habe geglaubt, es ſei ein Fliegerangriff. Den Arzt habe er als einen, dieſem ähnlichen Kollegen aus der Gefangenſchaft angeſehen. Der Arzt habe ihm eine Spritze gegeben. Im Mai 1927 habe er im Krankenhaus zweimal ſolche Anfälle gehabt, in denen er Sturmangriffe machte. Die Mutter habe ihm erzählt, er habe in einem Anfall davon geſprochen, daß ihm ſein uneheliches Kind, das bei ſeiner Tante untergebracht ſei, geraubt werde.

Seitdem die Kopfſchmerzen bei ihm beſtänden, könne er ſich nicht mehr ſo freuen, ſei ernſter geworden. Habe immer das Gefühl, als ob er verrückt werde. Habe häufig ein Angſtgefühl, umfallen zu müſſen. Wenn er ermüdet ſei, ſchlafe er gut. Wenn er keine Tätigkeit habe, könne er ſtundenlang wegen ſeiner Kopfſchmerzen nicht einſchlafen. Seit 3 Jahren merke er, daß ihm das Waſſer im Munde zuſammenlaufe. Er ſchlucke den Speichel herunter oder werfe ihn aus. Seit der Verwundung leide er etwas an Gedächtnisſchwäche. Seit 4—5 Jahren habe er einen Sprach-

fehler, vor allem wegen des Speichelns, aber auch wegen der Verlangſamung des Gedankenablaufs. Beim Eſſen blieben ihm in den letzten Jahren die Speiſereſte zwiſchen den Zähnen hängen. Ein trockenes Stück Brot oder Fleiſch könne er nicht herunterſchlucken, obwohl er zuviel Speichel habe. Dieſen müſſe er aber herunterſchlucken, daher könne er den trockenen Biſſen nicht einſpeicheln. Er ſei dauernd am Schlucken. Müſſe alle paar Stunden eſſen, ſonſt werde er ſchlapp. Seit Jahren werde ihm auch von ſeiner näheren Umgebung vorgehalten, daß er in allem ſo langſam ſei, daß er das drei- bis vierfache der Zeit brauche wie der Geſunde, auch beim Eſſen, Anziehen und dergleichen. Er ſelbſt merke das nicht. Bei den Mahlzeiten ſchlafe er beinahe ein, ſodaß die Mutter ihn anrufen müſſe. Die Abendmahlzeit dauere wohl dreiviertel Stunden.

Aus den Aktenangaben iſt folgendes von Belang:

Am 20. 5. 1917 durch Streifſchuß am Kopf verwundet. War eine halbe Stunde bewußtlos.

Befund am 21. 5. 1917: „In der Tiefe liegt in 3 cm der Knochen frei, Knochenhaut leicht verletzt. Oberfläche geritzt. Puls zwiſchen 60 und 70, bei Temperatur von 37,8 Grad C. Fundus o. B. Keine Hemianopſie, Schmerzen im linken Auge, keine Doppelbilder, keine Lähmungen.

Unter dem 8. 7. 1917 liegt ein Bericht des Kompagnieführers, einer Bahnaufbaukompagnie vor: „B. kam verſehentlich zur Kompagnie, leidet unter ſtarken Kopfſchmerzen, die Arbeiten in der Sonne unmöglich machen. Heute nacht beim Poſtenſtehen Schwindelanfall mit längerer Bewußtloſigkeit."

Ferner geht aus den Akten hervor, daß B. am 9. 2. 20 in ein Krankenhaus aufgenommen wurde. Er wurde mit Fieber eingeliefert, war leicht benommen, hatte Bronchitis. Die linke Pupille war weiter als die rechte. Schwäche des linken äußeren Augenmuskels. Doppelſehen beim Blick nach links. Anfangs beſtanden ſehr heftige Kopfſchmerzen, dieſe milderten ſich nach Schwinden des Fiebers. Die Stimmung war ſehr gedrückt. Links beſtand angedeuteter Fußclonus. Im Krankenhaus wurde die Diagnoſe „Grippeartige Erkrankung" geſtellt.

Am 16. 2. 1920 erhob ein Augenarzt folgenden Befund: „Nur ganz ſchwache Pupillenreaktion auf L. und C., links noch ſchlechter als rechts. Aeußere Sehnervenkopfbegrenzung

nicht ſcharf. Venen des Fundus links ſtärker gefüllt als rechts. Geſichtsfeld o. B., Spur Bewegungseinſchränkung der Augen nach außen."

Unter dem 21. 2. 1922 gibt ein Nervenarzt an, daß B. ſpontan geſagt habe, er ſtoße beim Sprechen manchmal an. Die Sprachprobe zeigte jedoch nichts beſonderes. Augenhintergrund o. B. Keine Doppelbilder. Geringes ſtändiges Horizontalzittern. Träge Reaktion auf Lichteinfall. B. gab damals an, daß er im Herbſt 1921 noch einmal 2 Tage an Doppelſehen gelitten habe. Ueber Schwindelanfälle klagte er damals nicht.

Ferner befindet ſich bei den Akten eine Mitteilung desſelben Nervenarztes aus dem April 1924. B. habe damals angegeben, daß er vor 3 Wochen zum erſtenmal einen Schwindelanfall gehabt habe. Seitdem beſtehe häufig Rollen im Kopf, und zwar meiſtens beim Bücken. Er könne ſchlechter gehen. Seine Nervoſität ſei ſtärker geworden, er ſei ſo ſchreckhaft. Der Nervenarzt gab damals an, daß ebenſo wie früher eine gewiſſe Haft im Weſen bei B. beſtehe. Es wurde eine Liquorunterſuchung vorgenommen, die keinen krankhaften Befund ergab.

Bei einer verſorgungsärztlichen Unterſuchung im Februar 1926 klagte B. über eine Zunahme der Schwindelanfälle, die jetzt 2 bis 3 mal in der Woche auftreten ſollten. Er gab damals an, daß 5 bis 6 mal im Jahr auch Schwindelanfälle aufträten, die mit Bewußtloſigkeit einhergingen.

Aus dem April 1926 liegt ein Bericht der Stadtverwaltung, bei der B. beſchäftigt war, vor, wonach B. während des Dienstes wiederholt Ohnmachtsanfälle erlitten hatte.

Vom 18. 3. bis 14. 4. 1926 weilte B. zur Kur in Driburg. Im Kurbericht iſt vermerkt: „Auffallend iſt der ſtarre Blick. Anfangs unruhig, ſchlief nachts nicht, ſtörte. Keine Bewußtſeinsſtörungen beobachtet".

In einer Beſcheinigung des behandelnden Arztes aus dem April 1926 werden heftige Krampfanfälle mit völliger Bewußtſeinsſtörung und hochgradiger Unruhe angegeben.

Aus einer Befundſchilderung des für B. zuſtändigen Stadtarztes vom 3. 3. 1927 iſt hervorzuheben: „Pupillen noch träger als früher, ferner Anzeichen für Demenz, beſonders während er ſich unbeobachtet in der Oeffentlichkeit bewegt." Ferner ein Befund vom 26. 4. 1927: „Befund wie früher, außerdem Fußclonus, Romberg, Sprache verwaſchen und

ohne ausgeſprochene Klangfarbe. Einwandfreie Krampfanfälle, auch auf der Straße. Tagtägliche Anfälle, geht dabei ſogar mit Gegenſtänden auf Perſonen los."

Im Befundbericht bei einer verſorgungsärztlichen Unterſuchung am 26. 4. 1927 heißt es: „Gehemmt, ſelbſt wenn er ſich ſeiner Meinung nach erregt hat. Motoriſch langſam, ſchlaff. Hemmung des Gedankenablaufs, Auffaſſungsverlangſamung. Gedächtnis nicht geſtört, Merkfähigkeit herabgeſetzt."

Am 1. 12. 1927 wurde B. auf Veranlaſſung eines Verſorgungsgerichts in die Münſteriſche Nervenklinik zur Beobachtung eingewieſen. Die richtige Diagnoſe war bis zu dieſem Zeitpunkt, trotz der vielfachen ärztlichen Unterſuchungen, nicht geſtellt worden.

B. befand ſich damals in mittlerem Ernährungszuſtand. Das Geſicht war etwas bläulich verfärbt, fühlte ſich heiß an, zeigte leichten, aber deutlichen Fettglanz. Die Ohren waren dunkelrot, Lippen und Schleimhäute ſtärker gerötet. Geſichtszüge ſehr wenig belebt, ausgeſprochen ſtierer Blick der feucht glänzenden Augen. Verminderte Mimik, geringer Antrieb zu allen Bewegungen. Gebundene leicht pagodenhafte Haltung im Sitzen, Stehen und Gehen.

Ueber dem linken Hinterhaupt 2 cm über die Mittellinie nach rechts reichend eine 9 cm lange, 1 bis $1^1/_2$ cm breite leicht bogenförmige, über der Unterlage verſchiebliche Hautnarbe. Oberhalb der Narbe hat man den Eindruck einer ganz ſeichten Knochenrinne. Keine Druck- oder Klopfempfindlichkeit. Rechte Pupille etwas weiter als die linke. Sämtliche Bewegungen beider Pupillen (auf Licht, auf Convergenz, auf Schmerzreize uſw.) ſehr unausgiebig und träge, Tränen- und Speichelſekretion dauernd erhöht. Sprache normal, daneben aber noch, vor allem infolge mangelhafter Kieferöffnung, ausgeſprochen „nuſchelig" und monotone, ſingende, faſt zeitweiſe unverſtändliche Silben und Worte. Mund dauernd leicht geöffnet. Atemfrequenz herabgeſetzt (Bradypnoe); Atmung oberflächlich, erfolgt ab und zu unter tiefer, hörbarer In- und Exſpiration.

Tonus in den Extremitäten leicht erhöht. Erhöhung des Dehnungswiderſtandes und des formgebenden Tonus bei paſſiven Bewegungen. Neigung zu kataleptiſchen Haltungen. Im Sitzen ab und zu eben merkliches myorrhythmiſches Zucken. Gibt an, ſeit Jahren zu merken, daß bei ſtärkerem unwillkürlichen Zittern des linken Beines das Sprechen beſſer

von ſtatten gehe. Senſibilität o. B. Keine krankhaften Reflexe, dagegen hochgradige Erweiterung der Reflexzonen. Kniereflex läßt ſich vom ganzen Unterſchenkel bis Fußrand auslöſen. Pſeudofußclonus. Der obere Bauchdeckenreflex läßt ſich bis zur 5. Rippe, der untere vom oberen Teil der Oberſchenkel-Innenſeite auslöſen. Steigerung des Gänſehautreflexes und Dermographie am ganzen Körper.

Herz: Erſte Töne nicht ſo ſcharf wie die zweiten. Tätigkeit regelmäßig. Puls 78, o. B.

Im pſychiſchen Bilde fällt ein Zuſtand auf, der Stumpfſinn vortäuſcht. Er wird durch mehr oder weniger plötzliches ſich zum Wort melden unterbrochen. Am Schluß einer ärztlichen Beſprechung ſprang er plötzlich auf und ſagte mit etwas unheimlichem Tonfall: „Ich gehe in die Aa, es hat doch keinen Zweck.“ Auf Zureden erklärte er, er ſei ſchlapp, er habe Hunger.

Während der kliniſchen Beobachtung wurde am zweiten Tage, als B. im Bett lag, von einem Mitpatienten ein Anfall beobachtet, der ſo verlief, daß er den Kopf nach links und rechts gedrecht, dann die Hände ſenkrecht nach oben geſtreckt, hin und her geſchlagen und Hurra und auch ſonſt geſchrien hatte.

Bei längerem Gehen fiel auf, daß er raſch lief, wenn er im Gang war, dann aber bei einer neuartigen Strecke, zum Beiſpiel bei einer Treppe viel langſamer ging. Bei den Beſprechungen verſprach er ſich gelegentlich einmal, indem er Daten verwechſelte. Im übrigen aber waren ſeine Angaben chronologiſch und logiſch zutreffend, verrieten keine Zeichen echter Gedächtnisſchwäche oder Urteilsſchwäche. Auch die Merkfähigkeit erwies ſich nicht als ausgeſprochen krankhaft eingeſchränkt, wenn auch ſtellenweiſe die Aeußerungen langſam herauskamen. Seinen Zuſtand beurteilte er mit der möglichſten Objektivität.

In der Kehrer'ſchen Klinik wurde auf Grund dieſes Befundes erſtmalig die Diagnoſe „Encephalitiſcher Parkinſonismus“ geſtellt.

Wenn man nun der Reihe nach die einzelnen Fälle betrachtet, ſo iſt zu den beiden erſten, bereits von Stern veröffentlichen Fällen eigentlich nicht viel zu ſagen. In beiden Fällen handelt es ſich um ein Krankheitsbild, das in ſeinen

Erſcheinungen durchaus eindeutig iſt. In beiden Fällen war aus der Anamneſe eine Krankheit bekannt, die an das akute Stadium der epidemiſchen Encephalitis denken laſſen mußte. Trotzdem iſt in beiden Fällen der wahre Charakter des Leidens von einer ganzen Reihe von Aerzten, darunter auch von Fachärzten verkannt worden. Die ſchweren Krankheitserſcheinungen, die eindeutig auf eine organiſche Erkrankung hinwieſen, und die typiſche Vorgeſchichte waren nicht in der Lage, die begutachtenden Aerzte von der Diagnoſe „Hyſterie“ abzubringen. Es mag zwar im Fall II zunächſt irreführend geweſen ſein, daß F. nach der Anamneſe konſtitutioneller Pſychopath war und bereits während des Krieges hyſteriſch reagiert hatte. Im übrigen wird aber, wie die übrigen Fälle zeigen und worauf insbeſondere auch Stern hinweiſt, die chroniſche epidemiſche Encephalitis offenbar gerade beſonders häufig mit hyſteriſchen Zuſtänden verwechſelt. So wird denn auch im Fall III auch von fachärztlicher Seite zunächſt eine Hyſterie angenommen, obwohl, wie der Befund der Kehrer'ſchen Klinik zeigt, auch hier das Krankheitsbild ein ziemlich eindeutiges war. Es fehlen allerdings im Fall III im Gegenſatz zu den beiden erſten Fällen in der Vorgeſchichte genauere Angaben über eine vorausgegangene Erkrankung, hinter der man eine Encephalitis hätte vermuten müſſen. Der Patient gab zwar an, im Winter 1915-16 im Felde an einer Grippe gelitten und deshalb 14 Tage mit Fieber, Kopfſchmerzen, Mattigkeit und Schnupfen im Revier gelegen zu haben. Die objektiven Angaben darüber ſind jedoch nur dürftig und laſſen Symptome, die für die epidemiſche Encephalitis faſt als pathognomiſch anzuſehen ſind, wie Schlafſucht, Benommenheit, Doppelſehen vermiſſen.

Im Fall IV iſt in der Vorgeſchichte von einer überſtandenen grippeartigen Erkrankung überhaupt keine Rede. Es wird lediglich auf genaueres Befragen nachträglich mitgeteilt, daß im Jahre 1923 acht bis zehn Tage eine Darmerkrankung vorgelegen habe. Daß bei den Angaben über diese Erkrankung nicht unbedingt an eine Encephalitis epidemica gedacht werden mußte, iſt ohne weiteres zuzugeben.

Hervorzuheben iſt bei Fall IV, daß hier das Krankheitsbild nicht wie in den drei vorhergehenden Fällen von den Vorgutachtern nur als ein funktionell-nervöſes angeſehen wurde. Einer der begutachtenden Aerzte – es handelte ſich in dieſem Fall um einen Facharzt – nahm das Vorliegen eines Hirntumors an. Zu Verwechslungen mit einem Hirn-

tumor geben übrigens, wie eine Abhandlung von A. Rabinowitſch zeigt, gelegentlich ſolche Fälle Anlaß, bei denen es ſich um ſchlafähnliche Zuſtände handelt. Im Gegenſatz zu Rabinowitſch muß aber betont werden, daß auch in dem von ihm ſelbſt beobachteten Fall, ebenſo wie in den von ihm erwähnten Fällen anderer Autoren (Parker u. a.), die übrigen Symptome ſo von dem Bilde des encephalitiſchen Parkinſonismus abweichen, daß es nicht berechtigt iſt, von „Hirntumor unter dem Bilde einer epidemiſchen Encephalitis" zu ſprechen. Der in der Münſteriſchen Klinik bei Fall IV erhobene Befund läßt nicht erkennen, was den Arzt dazu bewogen hat, das Vorliegen eines Hirntumors anzunehmen.

Intereſſant iſt die Verkennung des Krankheitsbildes im Fall V. Die krankhaften Veränderungen haben ſich hier durchaus nicht etwa der Beobachtung des Unterſuchers entzogen. Er legt ſie vielmehr im Gegenteil in der Befundniederſchrift ziemlich bis ins einzelne feſt. Auch ſeine Diagnoſe „Bewegungsbehinderung im rechten Arm und Bein als Folge einer „Neuritis nach Malaria" zeigt, daß der Gutachter durchaus den Eindruck hatte, ein organiſch bedingtes Leiden vor ſich zu haben. Aus der Befundſchilderung und der Diagnoſe geht aber auch deutlich hervor, daß der Arzt mit den einzelnen Symptomen, zum Beiſpiel der Adiadochokineſis, nichts anzufangen, ſie nicht zu deuten wußte. Der ſtriäre Symptomenkomplex ſtellte für ihn offenbar eben etwas Unbekanntes bezw. Neuartiges dar.

Hinweiſen möchte ich bei Fall V noch darauf, daß der amyoſtatiſche Symptomenkomplex anſcheinend unmittelbar im Anſchluß an eine bakteriell nachgewieſene Malariaerkrankung in die Erſcheinung getreten iſt, denn der Patient gab ja an, daß die Behinderung in der rechten Hand beim Schreiben ſich erſtmalig in der Zeit der Lazarettbehandlung wegen Malaria im Jahre 1918 bemerkbar gemacht und ſeitdem fortbeſtanden habe. Es könnte danach meines Erachtens ſchließlich jemand verſucht ſein, dieſen Fall als eine Stütze für die neuere Anſchauung einiger franzöſiſcher Forſcher, u. a. Séval anzuſehen, wonach die Encephalitis epidemica überhaupt keine „autonome", epidemiſche, durch irgendwelche pathogene Keime verurſachte Krankheit darſtellt, ſondern auf einer alimentären Massenvergiftung beruhe, verurſacht durch toxiſche Derivate von Surrogaten, die infolge der Kriegswirtſchaft der Ernährung, insbeſondere dem Broterſatz dienen mußten. Die Grippe, bezw. irgendeine andere inter-

kurrente fieberhafte Erkrankung ſoll nur das auslöſende Moment für eine toxiſche Encephalitis ſein, ebenſo wie das Delirium tremens bei einem Alkoholiker, der etwa an einer Pneumonie erkrankt iſt, nicht Folge des Pneumonie- oder eines ſonſtigen Virus, ſondern eben Folge der Alkoholintoxikation iſt. Nun teilt Filimonoff in ſeiner Abhandlung „Motoriſche Anfälle bei Erkrankungen des extrapyramidalen Syſtems" ebenfalls einen Fall mit, in dem die Symptome der chroniſchen epidemiſchen Encephalitis unmittelbar nach Abklingen des Fiebers einer Malariaerkrankung auftraten. Genauere Exploration ergab jedoch dann, daß bei dem Patienten drei Jahre vorher eine Erkrankung mit den typiſchen Symptomen der Encephalitis epidemica, zum Beiſpiel mit Doppelſehen, beſtanden hatte. Ebenſo ergaben Erhebungen, daß der Patient ſeiner Umgebung auch ſchon vor der Malariaerkrankung etwas ſonderbar erſchienen war, daß unter anderem auch zeitweilig ſchon vorher geringes Zittern beſtanden hatte. Man wird alſo hier höchſtens annehmen können, daß die weitere Schädigung des Körpers durch die interkurrente Malaria beſchleunigend auf den ſchon beſtehenden chroniſchen encephalitiſchen Prozeß gewirkt hat. In meinem Fall V iſt zwar von einer grippöſen Erkrankung vor der Malaria-Erkrankung im Jahre 1918 keine Rede. Der Patient hat aber dagegen an einer Stelle beiläufig erwähnt, daß er 1916 an einer Erkältung gelitten habe. Wenn auch keinerlei Anhaltspunkte dafür beſtehen, daß damals eine ernſtere Erkrankung vorgelegen hat, ſo kann aber auch nicht ohne weiteres unterſtellt werden, daß es ſich nur um etwas ganz und gar Harmloſes handelte, da ſonſt nicht anzunehmen wäre, daß der Patient dieſe Angelegenheit noch bei den Unterſuchungen im Jahre 1924 erwähnt hätte. Wenn man nun berückſichtigt, daß der Patient ſich zur Zeit dieſer Erkältung in Leitmeritz an der Elbe, alſo in Böhmen, befand und daß Economo im ſelben Jahre in Wien die erſte Encephalitisepidemie beobachtete, ſo ſcheint mir durchaus die Möglichkeit vorzuliegen, daß es ſich bei der „Erkältung" im Jahre 1916 bereits um die Infektion mit dem Erreger der epidemiſchen Encephalitis gehandelt hat. Dieſe Möglichkeit hat im übrigen im Fall V nach dem Akteninhalt keiner der Gutachter, auch nach Sicherung der Diagnoſe, in Erwägung gezogen.

Im Fall VI iſt die Krankheit ebenfalls Jahre lang nicht diagnoſtiziert worden. Der Arzt, der den Patienten zwei Jahre lang beobachtet hatte, ſpricht nur von einem „Nerven-

leiden" und in ſeiner Befundſchilderung erwähnt er überhaupt nichts von den typiſchen Symptomen des Parkinſonismus, obwohl dieſe nach dem 4 Wochen ſpäter erſtatteten Gutachten des Verſorgungsarztes damals ſchon deutlich ausgeprägt waren. Auch der Verſorgungsarzt, der nach ſeinen Ausführungen im Gutachten einen ganz charakteriſtiſchen Befund erhob und im übrigen auch gleich die richtige Diagnoſe ſtellte, fühlte ſich bei ſeiner Diagnoſe nicht ganz ſicher. Er empfahl vielmehr fachärztliche Nachprüfung, da ſeiner Anſicht nach der ſtriäre Symptomenkomplex nur wenig ausgeprägt vorhanden war.

Gemeinſam iſt in den drei nächſten Fällen, daß in den Vorgeſchichten nachweislich ein Trauma ernſterer Art vorkommt und daß die Erkrankten, und zwar ſicherlich nicht nur im Intereſſe einer entſprechenden Entſchädigung durch Rente, ſondern wohl auch aus einem natürlichen Kauſalitätsbedürfnis heraus, die bei ihnen beſtehenden Krankheitserſcheinungen auf das Trauma zurückführen. Es iſt ohne weiteres zuzugeben, daß die Diagnoſefindung dadurch erſchwert wurde, beſonders in den beiden letzten Fällen, in denen eine Schädelverletzung durch Schuß vorlag.

Anhaltspunkte für eine voraufgegangene grippeartige Erkrankung waren im Fall VII nicht vorhanden. Nach der Schilderung eines Zeugen, der den Verletzten kurz nach dem Unfall ſah, muß das Trauma ein recht eindrucksvolles geweſen ſein. Daß bei dieſer Sachlage unter anderem auch an eine hyſteriſche Reaktion auf das Trauma bezw. an eine Rentenhyſterie gedacht werden konnte, iſt durchaus verſtändlich.

Bei Fall VIII haben anſcheinend lange Zeit pſychiſche Veränderungen das Krankheitsbild beherrſcht, während der körperliche Befund offenbar zunächſt nur gering war. Erſchwert wurde die Diagnoſtizierung ferner wieder dadurch, daß eine ſchwere Schädelverletzung vorausgegangen war. Der Patient klagte ſtändig über Kopfſchmerzen. Dieſe konnten durch die Schädelverletzung leicht erklärt werden, während ſie dagegen in das Bild einer chron. epidemiſchen Encephalitis weniger hineinpaßten. Es fehlten außerdem auch hier wieder jegliche Anhaltspunkte für eine voraufgegangene grippeartige Erkrankung.

Wie aus der Befundſchilderung im erſten fachärztlichen Gutachten hervorgeht, waren die pſychiſchen Veränderungen im Fall VIII allerdings ziemlich charakteriſtiſch für die chroniſche

epidemiſche Encephalitis, und zwar waren ſie bereits vor der fachärztlichen Unterſuchung ſo ausgeprägt, daß ſie ſogar einem mediziniſchen Laien als krankhaft und exogen bedingt erſchienen. Die Ausführungen des Schulrektors des Patienten weiſen nämlich bereits deutlich auf den Charakter des Leidens hin. Der Rektor hat offenbar gut beobachtet und ſchildert typiſche Symptome der chroniſchen epidemiſchen Encephalitis: Die Verlangſamung des geiſtigen Geſchehens, die Schlafſucht, die den Erkrankten zwinge, während des Unterrichts im Schulzimmer umherzugehen, um ſich wach zu halten und ſeine „ſchwache Haltung, die bei einem geſunden Menſchen nicht vorkomme".

Wie weitgehend übrigens die Pſyche durch die epidemiſche Encephalitis beeinflußt werden kann, zeigen die Veröffentlichungen Bonhoeffer's über die encephalitiſchen Charakterveränderungen bei Kindern. Erwähnenswert iſt in dieſer Hinſicht auch ein von A. Langen veröffentlichter Fall. Es handelt ſich dabei um einen jungen Mann, der zwar aus einer Pſychopathenfamilie ſtammte, aber bis zu der in Frage ſtehenden Tat nie mit dem Strafgeſetz in Konflikt gekommen war. Einige Jahre vor der Tat war er an Encephalitis epidemica erkrankt und litt in der Folgezeit ſehr unter dem chroniſchen Stadium derſelben. Eines Tages nun lockte er einen Knaben abſeits und erwürgte ihn. Er ſtellte ſich dann kurz darauf ſelbſt dem Gericht und ſchilderte die Tat mit allen Einzelheiten. Während der Beobachtung hurch A. Langen gab er zur Erklärung an, er habe unter dem Zwange gelebt, nur dann wieder geſund werden zu können, wenn er einen anderen Menſchen getötet habe. A. Langen hielt in dieſem Falle die Vorausſetzungen des § 51 Str. G. B. für erfüllt und macht in überzeugenden Ausführungen weitgehende ſeeliſche Veränderungen durch die epidemiſche Encephalitis dafür geltend.

Im Fall IX läßt ſich aus den mitgeteilten Aktenangaben erkennen, daß die Erkrankung Anfang 1920 mit Fieber, heftigen Kopfſchmerzen, leichter Benommenheit, Lähmung äußerer und innerer Augenmuskeln und Blutüberfüllung am Sehnervenkopf begonnen und ſich ſeitdem dann offenbar ſehr ſchleichend entwickelt hat. Die körperlichen Symptome müſſen hier im Anfang, wie im Fall VIII, zunächſt nur wenig ausgeprägt geweſen ſein. Iſt doch das Leiden erſt 7 Jahre nach der Infektion in der Kehrer'ſchen Klinik diagnoſtiziert worden, und auch da waren die körperlichen Symptome noch

nicht beſonders auffallend. Im Vordergrund des Krankheitsbildes ſtehen im Fall IX ebenfalls wieder Veränderungen mehr ſeeliſcher Art. Das zeitweiſe ſeltſame Verhalten des Erkrankten, die „Sturmangriffe", die er in eigenartigen Dämmerzuſtänden ausführte, zeigten ſicherlich hyſteriſche Färbung. Die Anfälle von Bewußtſeinstrübungen mit Erregungszuſtänden ſind bei der chroniſchen epidemiſchen Encephalitis ziemlich ſelten. Nach Anſicht der Kehrer'ſchen Klinik, wie ſie in einem Gerichtsgutachten zum Ausdruck gebracht wurden, läßt ſich in dieſem Fall auch vom fachärztlichen Standpunkt aus nicht genau entſcheiden, ob die Anfälle hier nicht etwa doch damit zuſammenhängen, daß die Encephalitis an einem Gehirn aufgetreten iſt, das vielleicht infolge des Schädelſchuſſes an ſeiner Oberfläche oder an ſeinen Häuten eine aus ſonſtigen Symptomen ſpäter nicht mehr erſchließbare mikroskopiſche Verletzung erlitten hatte. Dieſe etwaigen Reſtfolgen der Schädelverletzung konnten dauernd Kopfbeſchwerden verurſachen und die pſychiſchen Erſcheinungen konnten deshalb wohl erklärt werden als hyſteriſche Reaktionen auf plötzlich auftretende Zufälligkeiten von unbeſtimmtem Unbehagen, Angſt oder anfallsweiſe auftretender Verſchlimmerung der Kopfſchmerzen. Die Schwindelanfälle bezw. die epileptiformen Anfälle, über die der Patient im Fall 9 klagte, komplizierten weiterhin das Krankheitsbild, ſodaß die Diagnoſefindung hier alſo, ſo lange der körperliche Befund nur geringe Symptome bot, ſicherlich nicht leicht war.

Aehnliche Erregungszuſtände bei der chroniſchen epidemiſchen Encephalitis werden übrigens auch von E. Thurzo und Tibor Katona beſchrieben. Sie berichten unter anderem über ein 17-jähriges Kind, bei dem unter Fieberanſtieg eigenartige Anfälle mit Zwangsſchreien auftraten. Das Kind lief dabei aufgeregt im Zimmer umher und zerbrach dabei ſogar häufig Gegenſtände, die ihm in den Weg kamen. Auch die im Fall 9 beſtehenden Schwindelanfälle finden in der Literatur Analogien. So berichtet zum Beiſpiel C. Römer über 10 Fälle von chroniſcher epidemiſcher Encephalitis,in denen die Patienten zunächſt in der Hauptſache über plötzlich auftretende Schwindelanfälle klagten.

* * *

Ehe wir uns die Frage vorlegen, worauf das gehäufte Vorkommen von Fehldiagnoſen bei der epidemiſchen Encephalitis zurückzuführen iſt, ſei zunächſt darauf hingewieſen,

daß unſer Wiſſen über das Weſen dieſer Krankheit durchaus noch nicht als ein Abgeſchloſſenes zu bezeichnen iſt. Man nimmt im allgemeinen heute wohl als ſicher an, daß es ſich bei der epidemiſchen Encephalitis um eine Infektionskrankheit handelt, die in irgendwelchen Beziehungen zur Grippe ſteht. Ueber ihren Erreger iſt das letzte Wort wohl noch nicht geſprochen. Nach den Angaben Stern's und Stertz's kommt der von Economo und Wiesner aus einem experimentell infizierten Affen gezüchtete Diploſtreptococcus als Erreger ernſtlich wohl nicht in Frage. Von größerer Beweiskraft erſcheinen die Ausführungen Stern's. Danach ſtehen pandemiſche Grippe und epidemiſche Encephalitis in einem indirekten Zuſammenhang. Das eigentliche Virus der Encephalitis ſoll eine filtrierbare Noxe ſein, die in einer harmloſen Form im Mundſchleim vieler Menſchen vorkommt. Die Aktivierung dieſer harmloſen Noxe ſoll beim Menſchen möglicherweiſe durch das Grippevirus erfolgen. Das einmal aktivierte Encephalitisvirus ſoll dann auch vielleicht pathogen wirken können, ohne daß immer eine Grippe mitwirkſam zu ſein braucht. Neuerdings wird aber von einer Reihe von franzöſiſchen Forſchern, worauf ich ſchon bei der Beſprechung des Falles 5 hinwies, überhaupt beſtritten, daß es ſich bei der Encephalitis epidemica um eine epidemiſche Infektionskrankheit handelt. Es wird wohl noch eine geraume Zeit dauern, bis eine einheitliche Anſchauung über das Weſen dieſer Krankheit zuſtande gekommen iſt.

Ebenſo iſt noch nicht genügend geklärt, worauf die Tendenz zum ſtetigen Fortſchreiten des Krankheitsprozeſſes bei der epidemiſchen Encephalitis beruht. Nach der Auffaſſung von Pette handelt es ſich dabei nicht um eine immer weiter von außen wirkende Bakterien- oder Toxinſchädigung, ſondern vielmehr um die Eigenart der Zellen ſelbſt, die, wenn ſie einmal erkrankt, bezw. wenn ſie einmal ſchwerer geſchädigt ſind, nur für begrenzte Zeit noch funktionstüchtig bleiben können, dann aber immer weiter ſich erſchöpfen und ſchließlich wie bei der Paralyſis agitans ganz zugrunde gehen.

Die eigentliche Urſache für das häufige Verkennen der epidemiſchen Encephalitis dürfte wohl zunächſt darin zu ſuchen ſein, daß dieſe Erkrankung in ihren äußeren Erſcheinungen für die Mehrzahl der Aerzte etwas vollkommen Neuartiges darſtellte, daß ſie ihnen — insbeſondere auch aus der Literatur — kaum oder gar überhaupt nicht bekannt war. Die Paralyſis agitans iſt zwar ſchon vor mehr als 100 Jahren

von Parkinſon beſchrieben worden. Aber gerade durch die Encephalitis epidemica wurde erſt unſere Kenntnis von den extrapyramidalen Erkrankungen weſentlich gefördert; denn erſt ſie ſtellte der modernen Wiſſenſchaft ein umfangreiches Beobachtungsmaterial zur Verfügung.

Einer der Hauptgründe für die Fehldiagnoſe iſt ferner darin zu ſuchen, daß der Arzt zu e n g neurologiſch betrachtet. Er prüft das Verhalten der Haut- und Sehnenreflexe, der Pupillen, fahndet nach Pyramidenzeichen und auch wohl nach Störungen des ſtatiſchen Gleichgewichts. Die pſychomotoriſchen Störungen und die Tonusveränderungen vernachläſſigt oder überſieht er dagegen ganz.

Erſchwert wird ferner die Erkennung der Krankheit durch die vielgeſtaltigen Formen, in denen ſich die chroniſche epidemiſche Encephalitis der Beobachtung darbietet. Hinzu kommt außerdem, daß in einer ganzen Reihe von Fällen, — nach Mitteilungen Sterns bei dem Material der Göttinger Klinik in etwa 7 % aller Fälle — eine vorausgegangene grippeartige Erkrankung, hinter der eine akute Encephalitis epidemica zu vermuten geweſen wäre, bei der Aufnahme der Vorgeſchichte nicht eruiert werden kann, daß das Leiden ſich vielmehr, ähnlich wie bei Tabes und anderen „Meta"-Erkrankungen, ſcheinbar ohne irgendeinen beſonderen Anlaß allmählich eingeſchlichen hat.

Nach dem Geſagten iſt nicht auffällig, daß am häufigſten Verwechſelungen mit hyſteriſchen Zuſtandsbildern vorkommen. Beherrſcht der Schütteltremor das Krankheitsbild, ſo beſteht zweifellos die Gefahr der Verwechſelung mit einer analogen Manifeſtation der Hyſterie, zumal auch der encephalitiſche Tremor, worauf Stern beſonders hinweiſt, den Affekten und Suggeſtionen ebenſo unterliegt, wie ein hyſteriſcher Tremor. Die charakteriſtiſchen Rigiditätsphänomene können beſonders dann, wenn ſie nur wenig ausgeprägt ſind und insbeſondere auch von jemandem, der ſie vorher ſehr ſelten oder überhaupt noch nicht beobachtet hat, leicht überſehen oder falſch gedeutet werden. Ferner iſt Stern durchaus beizupflichten, wenn er annimmt, daß auch von Fachärzten in vielen Fällen eine pſychogene Störung darum diagnoſtiziert wurde, weil man durch die vielen Tauſenden von Kriegshyſterikern etwas zu leichtfertig in der Verſuchung, ungeklärte Erſcheinungen als hyſteriſch zu bezeichnen, geworden war.

Inzwiſchen iſt ja nun die Literatur über die epidemiſche Encephalitis erheblich angewachſen und die Kenntnis von dem Weſen der Erkrankung wird dadurch in weitere ärztliche Kreiſe eingedrungen ſein und mithelfen, das Vorkommen von Fehldiagnoſen zu verringern. Vielleicht lohnt es ſich aber auch weiterhin, ähnliche Fehldiagnoſen zuſammenzuſtellen und zu veröffentlichen.

Zum Schluß iſt es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Profeſſor Dr. K e h r e r für die Anregung zu der Arbeit und für die liebenswürdige Ueberlaſſung von Fällen aus eigenem Material auch an dieſer Stelle meinen verbindlichſten Dank auszuſprechen.

Literatur.

1. Benedek, L.: Zwangsmäßiges Schreien in Anfällen als postencephalitische Hyperkinese. – Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Pfychiatrie. 1925, Bd. 98, S. 17–26.

2. v. Brailovski und M. Tschalissov und M. Berlin: Zur Biologie der Encephalitis epidemica chronica. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 1926, Bd. 106, Seite 137–154.

3. Falkiewicz, T. und Rothfeld, J.: Ueber Zwangsbewegungen bei epidemischer Encephalitis. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1925, Bd. 85, Seite 269–281.

4. Filimonoff, J. N.: Motorische Anfälle bei Erkrankungen des extrapyramidalen Systems. – Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 1925, Bd. 97, Seite 504—514.

5. Fleischmann, S., Kiew: Ueber die Encephalitisepidemie in der Ukraine. – Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. 1923, Seite 299.

6. Georgi, F.: Ungewöhnliche postencephalitische Symptomenbilder. – Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 1926, Bd. 106, Seite 602–613.

7. Gurewitsch, M. und R. Tkatschew: Beiträge zur Klinik der chronischen epidemischen Encephalitis.
   1. Extrapyramidale Anfälle.
   2. Extrapyramidaler Mutismus.
   3. Zentrale Parasthesien.
   4. Encephalitis epidemica bei einem Schizophrenen.

   Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 1925, Bd. 99, Seite 485–503.

8. Henneberg, R.: Das Parkinson – Syndrom. – Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 1925, Nr. 11, Seite 329–336.

9. Hofstadt, F.: Beiträge zur Kenntnis der Encephalitis epidemica im Kindesalter. – Zeitschrift für Kinderheilkunde. 1921, Bd. 29, Seite 190–212.

10. Hofstadt, F.: Ueber Spät- und Dauerschäden nach Encephalitis epidemica im Kindesalter. – Zeitschrift für Kinderheilkunde. 1921, Bd. 29, Seite 272–305.

11. Jahnel, F.: Die Aetiologie der epidemischen Encephalitis – Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 1925, Bd. 99, Seite 253–270.

12. Jürgens: Ueber den Charakter der gegenwärtigen Grippeepidemie. – Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 1924, Nr. 8. Seite 221–223.

13. Kastan: Encephalitis lethargica mit rezidivierenden Herderscheinungen. – Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. 1923, Seite 334–335.

14. Kretschmer: Ueber Encephalitis und ihre Behandlung. – Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 1927, Nr. 17, Seite 549–552.

15. Kuhlenkampf, G.: Zwerchfelltremor nach Grippe. – Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1926, Bd. 94, Seite 312–314.

16. Kuttner, Hans Peter: Pathologisch-anatomische Untersuchungen zur Verwandtschaft der menschlichen und tierischen Herpes-, Kling- und Staupe-Encephalitis. – Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 1926, Bd. 105, Seite 182–192.

17. Langen, A.: Mord nach Encephalitis lethargica. Beitrag zur Psychologie der Encephalitiker. – Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 1925, Bd. 95, Seite 506–521.

18. Lossen, J.: Ueber Folgezustände der Encephalitis epidemica. – Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 1924 Nr. 7, Seite 189–196.

19. Margulis, M. S.: Myelo-Radiculo-Polyneuritiden bei epidemischer Encephalitis. – Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1926, Bd. 89, Seite 262–277.

20. Margulis und Model: Zur Pathologie der associerten Bewegungen im Zusammenhang mit vestibulärem Symptomen-Komplex bei Encephalitis. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1926, Bd. 93, Seite 80–95.

21. Margulis und Model: Ueber abortive Formen der epidemischen Encephalitis. – Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1927, Bd. 99, Seite 193–204.

22. Neustadt, Düsseldorf: Zur Psychopathologie der Encephalitis-Folgezustände. – Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. 1927, Bd. 86, Seite 442–443.

23. Pette, H.: Klinische und anatomische Betrachtungen zur Pathogenese der Folgezustände nach Encephalitis epidemica. – Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1925, Bd. 87, Seite 60–68.

24. Popowa, Nina: Tonische Krämpfe der Augenmuskulatur bei Encephalitis epidemica. – Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 1925, Bd. 97, Seite 515–523.

25. Rabinowitsch, A.: Ein Fall von Hirntumor unter dem Bilde einer epidemischen Encephalitis. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1925, Bd. 88, Seite 67–74.

26. Rabinowitsch, A.: Ein Fall von epidemischer Encephalitis mit klinischen Symptomen der Wilson'schen Krankheit. – Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 1925, Bd. 94, Seite 478–482.

27. Reinhold, W.: Ueber die myoklonische Form der Encephalitis. – Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 1925, Bd. 95, Seite 21–36.

28. Rist, Otto: Eigenartige Bewegungsabläufe bei Encephalitikern. – Deutsche Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 1925, Bd. 95, Seite 189–193.

29. Rittershaus, E.: Zur Kasuistik der postencephalitischen Erkrankungen. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1925, Bd. 85, Seite 249–256.

30. Roos, E.: Ueber Encephalitis epidemica. – Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 1922, Nr. 4, Seite 105–109.

31. Römer, E.: Ueber eigenartige monosymptomatische Formen der Encephalitis epidemica. – Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1925, Bd. 86, Seite 274–284.

32. Scharfetter, H.: Zur Symptomatologie des extrapyramidalen Blickkrampfes. – Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1925, Bd. 86, Seite 237–249.

33. Scharfetter, H.: Zur Kenntnis psychiatrischer Grenzzustände nach Encephalitis epidemica. – Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1926, Bd. 93, Seite 61–79.

34. Scharnke, A.: Ueber Variationen der Symptomatologie der Encephalitis epidemica. – Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1926, Bd. 95, Seite 118–121.

35. Sèval, J.: Die sogenannte epidemische Encephalitis. – Die medizinische Welt. 1928, Nr. 24, Seite 904–907.

36. Stern, F.: Die epidemische Encephalitis, Monographien aus dem Gesamtbiet der Neurologie und Psychiatrie. Heft 30, 1922.

37. Stern, F.: Dienstbeschädigungsfrage und epidemische Encephalitis. – Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 1925, Bd. 63, Seite 246–276.

38. Stern, F.: Differentialdiagnose und Therapie der chronischen Encephalitis. – Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 1926, Nr. 23, Seite 752–759.

39. Stertz: Die Erkrankungen des extrapyramidalen Systems. Encephalitis von purulenta. – Lehrbuch der Nervenkrankheiten von Kurschmann und Kramer. 2. Auflage 1925, Seite 540–559 und Seite 503–513.

40. v. Thurzo, E. und Tibor Katona: Ueber die Benedeck'sche Klazomanie und Souquesche Palilalie als postencephalitische Hyperkinesen. – Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1927, Bd. 98, Seite 278–283.

41. Trunk, H.: Schizophrene Psychosen bei Encephalitis lethargica. – Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 1927, Bd. 109, Seite 495–500.

42. Zuelzer, G.: Die chronische Influenza. – Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 1925, Nr. 23, Seite 714–717.

Lebenslauf.

Am 3. August 1898 wurde ich zu Gelsenkirchen als Sohn des Bergmanns Ernst Wienold geboren. Von Ostern 1904 bis Ostern 1908 besuchte ich die Volksschule und von Ostern 1908 bis zum Ausbruch des Krieges das Städt. Realgymnasium zu Gelsenkirchen. Von Herbst 1914 bis zum Ende des Krieges war ich Soldat. Nach meiner Heimkehr bestand ich im Februar 1919 am Städt. Realgymnasium in Gelsenkirchen die Reifeprüfung.

Ich studierte dann zunächst im Herbst-Zwischen-Semester 1919 und im Wintersemester 1920 in Münster Chemie. Vom Sommersemester 1920 ab studierte ich in Münster Medizin. Im Herbst 1921 siedelte ich nach Marburg a. L. über und bestand hier im Dezember 1922 die ärztliche Vorprüfung.

Die klinischen Semester studierte ich ebenfalls in Marburg und beendete hier im August 1925 die ärztliche Prüfung.

Das praktische Jahr leistete ich am Marienhospital in Gelsenkirchen ab. Nach meiner Approbation am 15. August 1926 war ich bis Ende Februar 1927 in der Allgemeinpraxis des Leiters der inneren Abteilung des Marienhospital, San.-Rat Dr. Grüttner, tätig. Seit dem 1. März 1927 bin ich als Arzt am Versorgungsamt Gelsenkirchen-Buer angestellt.